

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Contribución al estudio de la peritonitis por
perforación intra-peritoneal del aparato digestivo**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Enrique Álvarez Sainz de Aja

Madrid, 2015

Facultad de medicina de

Contribución al estudio de la peritonitis, por
perforación intra-peritoneal del aparato digestivo
Memoria de Doctorado presentada por
Enrique Alvarado y Jaime de Arce alumno
interno por oposición de los Hospitales de la Be-
neficiencia provincial y Clínico de Madrid
1906 a 1907



D 19062965



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315424397

Respetable tribuna



Cumpleme en el presente momento dar término á mi labor oficial como alumno de la Facultad de Medicina.

Permítaseme que ante todo me felicite á ~~mi mismo~~, por haber llegado á ocasión tan solemne como la presente sin haberla abandonado un momento, en solo instante á esta querida casa.

Desde que en 2 de Octubre de 1900. asistí á la lección inaugural de la asignatura de Anatomía descriptiva, hoy en que presento á vuestra consideración este trabajo, ha ido creciendo mi afecto á todo cuanto aquí existe.

La curiosidad primera satisfecha, me vi sorprendido con la sinceridad de vestir la blusa de dirección, y cuando más avanzado en mi carrera tuve de dejarla, ingresé en las clínicas.

Adquirí en ellas mis primeras impresiones médicas y de élitas quando un recuerdo claro. - Más tarde obtuve la inmensa honra de intervenir activamente en la uno de las susodichas clínicas: fui alumno interno.

Con grande entusiasmo desempeñé mi nuevo cargo y para bien mio, los ~~objetos~~ de aquel desafortunado ~~hacerse~~ ~~hacerse~~ hanse conservado, sino crecido, hasta que tuve de abandonar virtualmente una obligación tan sagrada, tan querida por mi y en la que habré de fijar mi atención primeramente cuando en épocas felices de mi vida piense. -

Por haber sido alumno interno, y cumplido las obligaciones que como tal me correspondían, he recogido impresiones de múltiple y vario colorido, de triste y risueña perspectiva; He hallado satisfacciones como hombre, enigmáticas como estudiante, obstáculos difíciles ó imposibles. Ser como

4
médico.

He hecho frente, á hemorragias comprometedoras, á la angustiosa dispepsia que acompañaba al edema pulmonar, á ciones de orina graves, á la estrangulación herniaria; pero ha habido un accidente, un síndrome, una situación, que siempre se ha burlado de cuantos trabajos y recursos se han puesto frente á él. -

Lo que es peor: tal cuadro ha sido visto y seguido por mí, no en una, ni en dos ocasiones, sino en bastantes más.

¿Que accidente, que lesión, ha sido esa, tan destructora, tan implacable, que siempre acabó con la vida organismo en que asentaba? ¿Que lesión es esa obliga al alumno interno á vestir nuevamente de dirección ante la mesa de autopsias?

Pues una bien sencilla: la perforación del ap

5
digestivo en su trayecto peritoneal.

Es frecuente. Es mortífera. Es curable. Por estas razones, mi ánimo se ha sentido obligado á publicar este trabajo, en el que junto á los hechos de observación, han de f. conclusiones é inducciones de mi parte. Fijad bien vuestra atención en la casuística. Admitidla sin discusión.

La importancia recibida de los que murieron, difundirla.

Este ^{lo} ~~trabajo~~ ^{que} yo escriba, estad vuestra atención. No por que lo ~~escriba~~, sino para confirmarlo ó ^{rebatirlo} ~~rebatirlo~~ lo escrito, escrito queda y si el claro talento de los que me no juzgan mi trabajo imparcialmente, se corre el peligro de, que por una premisa falsa que yo exponga y que se tome por cierta sin discusión, equivoquen sus juicios clínicos. Que cuantos me han no vacilen sin el debido examen, sin ejercer una crítica serena cuanto consta en memoria.

En los años de mi internado, he aprendido cuán grande es la importancia de las intervenciones de urgencia: ellas son las que pesan el valor del médico.

Si de intervenciones de urgencia se trata, solo las hemorragias ^{y asfixias} ~~gástricas~~ ^{requieren} ~~requieren~~ un pronto auxilio que una perforación gástrica o intestinal: es necesario educarnos en la apreciación de estos síndromes peritoneales que reclaman la intervención urgente, muy urgente, urgentísima. Una hemorragia, una asfixia, la vemos como niños y como hombres, y por ello nos apresuramos a combatirlos. Una peritonitis, una perforación digestiva hemos de aprender a verla del propio modo.

Hemos de tenerla siempre presente. Un intestino que se perfora es tan fatal, tanión como una herida arterial o venosa: si nuestra actitud no es tan decidida, ante una perforación gastro-intestinal como ante una herida.

arterial ó venosa, parodiando al poeta podemos decir que es « porque no sale sangre de la herida, porque el to está en frío ».-

Para difundir la idea de que hay que operar y pronto á los peritoníticos.

Para que todos se adiestren en tan sencilla y no pueda alegarse falta de habilidad.- Para que se acuda en auxilio de un perforado tan pronto como al de un herido ó dispareico.-

Para que el tanto por ciento de mortalidad no alcance cifras tan aterradoras como en la actualidad, es por lo que he elegido tema tan deslucido, pero de tan útilitario objeto como el que voy á desarrollar.

Capítulo primero.

Del peritoneo y de la peritonitis

La superficie serosa de los intestinos destrozada, con alguna que otra erosión y requiebrajadura, en algunos tapizada por falsas membranas. Estas intestinales meteorizadas. El truco, y desigualmente repartido tanto en la serosa peritoneal como en la visceral, zonas hiperémicas y hemorragias puntiformes. Acumulada en los declives del peritoneo pequeña cantidad de serosidad turbia.

He aquí la fórmula, el ritual descriptivo de las autopsias en los que murieron de peritonitis: pocas, y sin embargo nadie puede dudar de ello, pues desgraciadamente todas hemos hecho autopsias y rituales análogos. - Y de lo exiguo

de los datos, y de la frecuencia de muertes por peritonitis, el público médico ha instituido como axioma, el que el peritoneo es muy susceptible a la infección y que las peritonitis son especies que pronto generalizan sus efectos y fácilmente ~~matan~~^{mueren}. —

Evidentemente, en esta ~~denunciación~~ ^{denunciación} hay un fondo de verdad, pero cuidaremos mucho de no cerrar los ojos de la razón, sino muy por lo contrario, de examinar lo que de cierto y aprovechable hay en cuanto se dice, y en los tratados de cirugía se lee acerca del peritoneo y de las peritonitis. —

Todos los tejidos, todos los órganos se contaminan con igual facilidad: todos los tejidos, todos los órganos se inflaman con igual facilidad, dentro de los límites: lo que ocurre es que la infección se o no se ve, es más o menos duradera, más o menos grave, repercute de modo

diverso en el estado general.

Que esto es cierto, todos los días lo vemos. Las mismas precauciones asepticas hay que tomar para intervenir en el tejido celular, que en una articulación, que en el periton. ¿Acaso el tejido adiposo no es terreno en que facilmente prende la infección? Desde luego que si. — Con razón llama el Dr. San Martín a dicho tejido, polvora inflamatoria.

¿No se esteriliza una geringuilla Fravar con tanto esmero como en clamps intestinal o una presa Boyen? Indudablemente.

Y aun despues de la práctica corriente de la asepsia, se observan muchas veces, supuraciones en heridas o que asientan en la piel y tejido adiposo, y fistulas puestas por una red infecta. Pues los supuros que surgen en estos accidentes, son el tanto por ciento que corresponde al

11
tanto por ciento de peritonitis postoperatoria? Que de-
muestra esto? que con tanta facilidad se contaminará e inflamará
el peritoneo, como una articulación, en otro campo operatorio,
y que la infección prende con número próximamente igual de
veces en unos y otros órganos y tejidos. La diferencia estriba en que
las infecciones del peritoneo matan más que las de una artícu-
lación del tejido conjuntivo interorgánico, o del tejido adiposo.

La infección, concepto genérico es siempre igual al si-
misma. El microbio puede ser de la misma variedad en
una y otras regiones. Lo que varía es el terreno, o por mejor
decir la función, ésta, como factor variable, es quien pro-
ta heterogeneidad, sobre especial a las infecciones y como
al comienzo de que una infección se desarrolla, la función
se difunde, de a ratos, puede ocurrir que la infección aum-
te la función: de tal modo puede ésta ser que del vivis-
mo (si no hay supresión funcional) al morir se halla

encerrada la sentencia á que el organismo es condenado. —
Si la función hace al órgano, es menos cierto que la
función hace á la infección. —

Pues si deben equipararse desde el punto de vista de la
 contaminación ó infección los órganos y tejidos de la eco-
 nomía viviente; ¿ pueden admitirse diferentes suscep-
 tibilidades de las diferentes serosas? No y mil veces no.
 No es el peritoneo más susceptible que la túnica
 vaginal del testículo: ¿ como va á serlo si son
 partes de un mismo órgano que se separa? No
 son las meninges más infectables que una serosa
 articular; de ningún modo. Funciones raquídeas y funciones ar-
 ticulares se hacen, y á vez se producen más meningitis que sinovitis.
 Lo que ocurre es que se opera más y hay más lesiones en las
 articulaciones que en la cavidad craneo-medular. —
 Y lo mismo podríamos analizar una con otra todas

las serosas existentes. - Es natural que así ocurra: son ^{en}orga^{nismos} idénticos en su textura íntima, que responden á un tipo común de constitución, y que no pueden llegar ^{al}ab^{so}luto entrando en conflicto con las bacterias. - Lo que hay ^{es} diferencias de extensión, y de órganos envueltos y si quiere ^{se} puede estar expuestas á la contaminación é infección ^{en} unas ocasiones que otras: el día que se hagan tantas ^{operaciones} como las parotomías se hacen hoy, las meningitis ^{serán} tan frecuentes en número como las peritonitis ^{iguales} ^{mente} frecuentes que éstas en tanto por ciento de ^{operaciones} ^{operados}, como ya ocurre hoy.

Se dice por muchos que el peritoneo es muy susceptible á la infección, y esto verdad que es verdad, pero ^{que} lo mismo ocurre á todas las serosas, y con muy poca diferencia á todos los tejidos de la economía. - Lo que

piensan y dicen sacan en consecuencia que infección, gran-
de, ha sido el que órgano ~~tan~~ delicado como lo es el ~~peritono~~,
hallare envolviéndolo, los hediendos y fácilmente ~~los~~ órganos
que componen el aparato digestivo. Hay en esto una
que responde al comentario sobre que el razonamiento
se funda: el peritono no es sino una serosa, y
con su coeficiente de resistencia a la infección, igual para
todas las membranas así llamadas. Infección, y
de, habrá sido el colocar una serosa como envoltura ~~lo~~
más infecto que en nuestro ser albergamos; pero el
peritono no es ni más, ni menos de lo que serian la
el pericardio o las meninges en su lugar.

Se puede aplicar al peritono el refrán tan conoci-
do «dime con quien andas y te dire quien eres». En
no es lo mismo envolver al cerebro, al bulbo raquídeo, al
corazón, que hacerlo con el intestino, con el pulmón;

6
Son, desde este punto de vista las serenas, como ^{hermanas} ~~hermanas~~ que
nando de un parecido asombroso, virtien con lujo y auro
diverso, y parecen nobles unas y púberas otras cuando
son de un mismo origen, de abolempo igual. - Si el peritoneo
es tan calumniado no es suya la culpa, sino de los que le
calunian de una parte, y de las malas comparaciones por

Pero cuando tanto se habla de la peritonitis,
de particular habrá en ellas. « Cuando el río
lleva », dire yo usando, con temo de abusar, de los
« Es verdad! la peritonitis tiene de particular su
su pronóstico grave, siempre, sombrio en ^{ocasí}
ocas, mortal en más de las que puede suponer un pro
fano en Medicina: - ¿ Porqué son tan graves las
peritonitis?

1.º por la extensión grande del peritoneo. - 2.º por el de
deragie ^{de est. 3.º} 3.º por la persistencia de la causa.

En estos últimos tiempos se había mirado con desprecio la acción de cantidad, por los que han cultivado la Bacteriología en el Laboratorio, y por los que en la Clínica veían y curaban infecciones. - Para todos ellos, para bacteriólogos y clínicos, nada o muy poco significaban el cuál y el cómo; no vivían, ni veían más que el quién y el cómo. - No combatían con el « tanto bien, tanto mal » tener o no tener, era el objeto y quita de sus investigaciones. - La ley de las proporciones desafiadas no regia en Bacteriología: y tan profundamente arraigaba esta idea que hasta reformaron la dialéctica, la acomodaban al nuevo estado de cosas. - Ellos no expectaban; ellos inoculaban. - Los efectos no eran proporcionales a las causas: eran siempre iguales, siempre máximos, aun con dosis mínimas. -

Pero vino la reacción: enfriados un tanto los ánimos se ha visto un día una cosa, se ha repetido, se

ha generalizado este nuevo aspecto de la cuestión y hoy se suscita y repite que en los problemas de microbiología, que en las infecciones influye más la cantidad que la calidad; pero ya se admite que la calidad es algo muy importante, y vuelven a tener valor el más y el menos; ya no se reduce todo al quien y al cómo, y resulta de el tanto veces tanto vale, ya no se hacen puras, hoy se hacen inoculaciones = inyecciones.

El peritoneo ha corrido la misma suerte, y así me parece hoy puede y debe decirse que su enorme extensión es la principal razón de la mortífera que son sus infecciones. El peritoneo está más expuesto a ser infectado las demás serosas, y es muy extenso: por eso sus infecciones son tan graves: por eso se habla tanto del peritoneo y de peritonitis.

Así se explica la diferente importancia que tienen

las peritonitis según sean, difusas ó circunscritas: por esta circunstancia son unas y otras de tan vario pronóstico: por que hemos de conseguir como atenuante del subleito efecto que producen las lecturas de estadísticas de peritonitis que las circunscritas son mucho más curables y curables. — Ocurre con la peritonitis lo que con la tuberculosis: se ven las difusas, las que matan: se ven las circunscritas que matan y algunas que curan; pero no se ven, ni se conocen, de muchas que existieron y

confórtase pues el ánimo de todos sabiendo, que las peritonitis difusas matan, que curan las más de las circunscritas, y que de muchas no se tiene sino mucho después de haber existido, con ocasión de intervenciones quirúrgicas ó autopsias por efectos de otra.

El difícil escape del abdomen, es una de las condiciones más contrarias y que priva al peritoneo de las

buenos efectos del drenaje: en la mujer una colpotaunia posterior simplifica mucho el problema, pero en el hombre es más delicado el asunto y buena prueba de ello es que hay por docenas los métodos y variedades de drenaje: en el afán de buscar un punto muy decisivo por el que fácilmente se drenara el peritoneo se ha llegado al practicar el drenaje por rectotomía, es decir se ha pretendido limpiar una cavidad peritoneal en comunicación con un más tremendo y constante foco, con el lugar más hediondo imaginable: querer el saquear, drenar un peritoneo, inflamado muchas veces a causa de una perforación intestinal, con otra perforación intestinal escora que no merece comentario.

Buena prueba de los beneficiosos efectos de un buen drenaje de la cavidad peritoneal la dan las estadísticas. En la vía lumbar empleada por Grunda (de Varsopol) y

Frank Hartley la mortalidad ha sido de 50 por 100 en los laparotomizados. - En los casos que se emplea el drenaje anterior ó ventral mueren el 70 por 100 (Villemain).

Los esfuerzos de los cirujanos que se han tratado de este asunto van siendo recompensados con éxitos: si queremos gozar de esos beneficios iniciemos el peritonitis (en el sexo masculino) por el fondo coelotat, abordado por la fosa isquiorrectal (Taboulay), por el tejido pre-rectal (Dutton, Maucelair, Delanglade), etc.

Otra condición de gravedad de las peritonitis es la persistencia de la causa: persiste la causa por el dr insuficiente ó inútil: pero aun ~~reponiendo~~ un drenaje perfecto hay casos de peritonitis por perforación en que ésta no se ha encontrado, en que persiste la solución de continuidad, la puerta de entrada.

de la infección. Los casos en que tal ocurre son casi siempre mortales. - ¿Pero qué gravedad especial encierra la perforación en sí? Esto será analizado con más detenimiento en los capítulos siguientes. -

Hay otro punto interesante que tratar. En todas las laparotomías el aire penetra en el abdomen, hacia las vísceras (intestinos principalmente) produce en ellas un cierto grado de sequedad consecutivo a la evaporación habida; los intestinos han perdido su turgencia al final de una laparotomía, ¿a poco duradera que está haya sido? se impone por esta necesidad del lavado peritoneal, de las compresas húmedas y calientes. El aire es mal compañero para las vísceras abdominales: estas no están hechas para su compañía y contacto y protestan cuando en una intervención aire y peritoneo se ponen en contacto.

Wegner vio formarse un engrosamiento inflamatorio crónico de la serosa tras de repetidas insuflaciones de aire en la cavidad abdominal. - Walthard quise en frente de Schmitzler y Bwald que la desecación del peritoneo provoca en este una inflamación que termina por la formación de adherencias.

Como ocurre en la pleura, existe el vacío en el peritoneo: ¿ni aun en la mujer penetra el aire á través del útero y trompas. - No sé si se lo ocurre cuando el aire entra en la pleura, lo que es un hecho y sus consecuencias. La ~~hembra~~ ^{hembra} empujando algunos presunciones efectas del aire en el peritoneo. Solo en ocasión se cree beneficioso al aire en el peritoneo; hay una peritonitis tuberculosa. En una ocasión ~~se~~ ^{beneficiosa} el aire en la pleura; cuando se operan los derrames tuberculosos pleuríticos. —

Pues bien: el Dr San Martin me hizo observar, como á todos mis compañeros de estudio, la influencia perjudicial del aire en el peritoneo, sobre todo cuando se cierra la cavidad abdominal estando el paciente en posición *Franklemb*, aun con poca inclinación. - Es práctica corriente en la clínica del referido profesor volver la mesa, y el enfermo por tanto, á la posición horizontal, antes de emprender la oclación de la cavidad abdominal: este es que se recomienda pero que cuando se olvida hace pensar mucho al cirujano y ^{temer} por el éxito operatorio á todo. - En mi sentir el peritoneo y la pleura debenn ser iguales en este aspecto, como en tantos otros de su anatomia normal y patológica: y si el aire ocasiona el p en la pleura debe ser causa de trastornos análogos en el peritoneo: y si la dispena, cirosis, angustia y compromiso están son grandes en aquel, bastar los p.

211
quálquien seguirán a la entrada del aire en el peritoneo.

La parte mecánica y la química de la respiración, se hacen notar por todos y en todas ocasiones: y lo propio ocurre con las alteraciones de la mecánica y química respiratorias.

En cambio, se ve muy pocas de lo mecánico y químico de lo químico en el aparato digestivo: las alteraciones de mecánica o química digestivas deben ser y son difíciles de seguir y averiguar directamente.

Indudablemente el mal efecto ^{de la} ~~de la~~ entrada del aire en el peritoneo deben a ~~las~~ perturbaciones digestivas, mecánicas y químicas, análogas a los trastornos que acompañan y siguen y ~~siguen~~ al pneumotorax. Lo que ocurre es que nuestros sentidos y nuestros medios de observación no pueden conocer del estado del tubo digestivo como del aparato respiratorio. Por esto los límites de

consignar el hecho y sus resultados como ciertos y ciertos y la interpretación de estos debe hacerse quitándose de lo que ocurre en el puerperio.

En como el pulmón se repta, cuando entre el aire en la pleura, es probable que por la presión exterior se aplasten, ocluyan esas intestinales, al penetrar el aire en el ventrículo: no ocurre lo mismo en los estados con meteorismo porque la presión intraintestinal, supera a la atmosférica. -

El estado puerperio-peritoneal crea en el abdomen una presión positiva muy de tener en cuenta para explicar la distensión de los apéndices en que ha quedado aire en el peritoneo, y, de los enfermos que tienen una perforación intestinal o gástrica, o de los afectos de peritonitis putrida con formación de gases en abundancia. -

El meteorismo, y los estados puerperales más amitos

en disnea porque comprimen, rechazan, el diafragma y siendo las excursiones de este mucho menores, la del tórax corta el tipo respiratorio y polinómico el cuerpo. esta disnea sería bien llamada disnea por tórax excesiva de las fases abdominales. —

Pero no es necesario esto: no hace falta que el aire este comprimido ^{en} la pleura para que el pulmón se repleta, se retraiga: basta para esto con la presión normal del aire. ¿Pues lo mismo ocurre en el peritórax? no es necesario que quede encerrada una cantidad exorbitante de aire: basta con que quede una pequeña cantidad á la presión ordinaria. — El diafragma y con él, los pulmones se encuentran con una urta contraria e igual á la que trae el aire respirado: sobreviene una disnea de presión ó por presión en los movimientos respiratorios se verifican, no por diferencias de presión sino porque los músculos se

rios juegan con energía suficiente para que la r
sea la dilatación alternativa de la caja torácica: por de con
tado el tipo respiratorio no es entonces mixto siquiera, sino
casi toda su pureza.

Normalmente respiramos por fuerzas físicas y por
fuerzas vivas (contracción muscular): en caso de pneu
motor, ó puenno peritonitis lo hacemos por
fuerzas vivas, por contracción muscular propia
sin que para nada ayude la diferencia de presión
entre el tórax y el abdomen.

Quando el peritoneo está lleno de gases ó cuando
la excesiva tensión en el contenido abdominal pro
causa cualquiera los movimientos respiratorios de las
paredes abdominales no se verifican, no tienen lugar.

Tenemos pues que el aire ó los gases intestinales en el peri
toneo producen una puenno peritonitis, caso bien dis

- tanto de los gases que son resultado de una peritonitis producida, de fermentaciones.

Desconocemos los accidentes primarios que en las vísceras abdominales origina la embada del aire, o de cualquiera (como flat gas), pero conocemos de sus efectos secundarios, por el estado subjetivo del operado y su estado general.

Sabemos también que los gases pueden producir disnea por su excesiva tensión ya estén en el peritoneo o tubo digestivo, y por su presión normal cuando están en íntimo contacto del diafragma en el peritoneo.

La ausencia de los movimientos respiratorios en las paredes abdominales, puede ser una sintoma de pneumoperitonitis; llamamos pneumoperitonitis la presencia exagerada de aire en el peritoneo, por considerar que nuestro llega consigo una itis como dice V. Véguez.

29
Punto: la lesión primaria, esencial, la que nos
hace diagnosticar a los afectos de perforación del aparato
digestivo es la *pneumoperitonitis*.

Capítulo segundo.

De las perforaciones intra peritoneales y del aparato digestivo

En las primeras ediciones de monografía que todos hemos recibido, en los Prolegómenos de Patología general se habla de la muerte por el pulmón, por el corazón y por el riñón, etc. Pero se concede muy poca importancia, y se hace caso omiso de las muertes por afecciones del digestivo.

Iguualmente en la exposición de la Patología especial se habla y estudia de la asistolia, uremia, acolia, etc. Pero tampoco se concede lugar especial a un capítulo de muerte en los afetos del mencionado aparato digestivo.

Por el tratar aquí, siquiera sea brevemente, de su

to tan olvidado si que tambien de importancia suficiente
que me detenga en alguna consideración acerca
del mismo.

Es el aparato digestivo, un conducto de ^{vario} calibre en
diferentes partes constitutivas. ~~Por lo tanto~~ ^{Y si bien} el, jigos diversos
que actuando sobre los alimentos imprimen en ellos modifi-
caciones necesarias para su absorción y ulterior a-
umento. Por la mucosa extendida de la boca al p-
se efectúa la absorción de lo digerido.

Pues bien: toda obstrucción del conducto, toda disminu-
ción o la falta de los jugos de digestión, la imperme-
abilidad de la mucosa absorbente, son condiciones que
alejan de la normalidad apetecida a parte tan necesaria
para la vida animal. Cuando tales condiciones anorma-
les han sustituido a las fisiológicas, cuando lo que es,
es lo que debe ser, el individuo cae en la inanición y

mueren.

El afecto de cancer esofágico, del cardias ó del píloro muere porque se obstruye el tubo digestivo, antes que se cancer. El que produce de cancer en la cabeza del fígado y ampolla de Vater muere antes por la falta de jugos pancreáticos y biliar que de caquexia cancerosa. El disenterico, el tuberculoso de intestino, muere por lo que no absorben más que por lo que exudan, y que por su infección.

Esto fisiológico, es natural, se advierte, se deduce de lo que la Anatomía y la Fisiología normales enseñan. Pero en el aparato digestivo es causa frecuente de muerte una contingencia que no previene la Anatomía, que no podía advertir la Fisiología, que solo permite a la clínica y que con harta frecuencia descubre las lesiones abdominales y las autopsias. La perforación

intraperitoneal del estómago ó intestinos mata mucho:
y mata prontamente.

La Perforación digestiva (llamemosla así para abreviar)
conduce á la muerte en breve plazo, y muere la persona
por la infección del peritoneo, con el calibre normal de la
aringe al recto, con jugos y absorción casi perfectos en
muchas ocasiones, y en formalidad absoluta en otras. —
La perforación es un accidente insignificante para
el Anatómico, despreciable para el Fisiólogo, para
el Clínico ^{aterrador} en la actualidad: para el opera-
dor es una indicación ^{permanente} de operar: el que
ha una perforación digestiva á tiempo ^{bien} muere
o de Médico solo por esto. Basta decir que la
perforación digestiva es desde que existe, lo que es
la estrangulación del estómago ó intestinos: y si la es-
trangulada es tñida como operación de urgencia.

la perforación digestiva debe tenerse como operación que siempre se practica tarde, y con tanto retraso como tiempo lleva de existencia la tal perforación.

Hay pues una muerte anatómica; otra fisiológica y otra patológica. En los apéctos del aparato digestivo: el representante genuino de la muerte patológica es la perforación y hablando en nuestro terreno de al, la perforación intraperitoneal.

¿Dónde tienen lugar las perforaciones? Las que nos interesan son todas los sitios en que el estómago reviste el aparato digestivo: tan frecuentemente y variadas son. Pero comoquiera que dentro de la multiplicidad y variedad hay cierta fijura, de por órgano, el sitio ó sitios preferidos, los que nos interesan llamarse puntos ó zonas de perforación.

La porción terminal del esófago, cubierta de

peritoneo, la que linda con el cardiac, ó es muy respetada por los agentes perforantes ó no ha sido lo suficientemente investigada en autopsias y operaciones: en dicha zona preñe el cancer, casi siempre propagación del existente en la curva menor del estómago: en ocasiones producen allí úlceras pépticas (esofagomalacia) que son análogas á las gástricas y que deben perforar en algunos individuos: los cuerpos extraños detienen en tal región y algunos son tan vulnerantes (piedras de dentas) que con gran facilidad pueden herir y traspasar el esófago. Pues por obstante tales facilidades para que los médicos modernos de Medicina y Cirugía no hacen mención de casos de perforación intra-peritoneal del esófago abdominal. Yo creo que es debido á que por la dificultad de señalar bien tal región, han pasado de ser recibida en algunas autopsias perforaciones allí existentes. - En

efecto, todos citan roturas traumáticas, úlceras pépticas perforadas, etc, y ninguno habla de peritonitis consecutiva a tal accidente.

Hablan de enfisema subclavicular, de pleurías, de pericarditis, etc, pero no citan la peritonitis, ni como accidente posible, ni como accidente ocurrido. Sería de desear un mayor esmero en las autopsias, sobre todo en los más difíciles, pues la exploración de lo se presenta por sí a nuestra vista carece de mérito. Hay que buscar, no hay que limitarse a mirar por encima cuando de indagar la causa de una muerte se trata.

Estómagos perforados se ven con relativa frecuencia, todos los puntos de su extensa superficie pueden ser perforados, y a guisa variadísimos; pero la curvadura menor y la región pilórica son los que resisten menos pues en los casos de traumatismos de acción directa ceden dichas partes casi

siempre. —

Una úlcera es el primer periodo de toda perforación. Necesariamente, allí donde más abundan las úlceras predominarán las perforaciones. Y como en el píloro y curvatura menor es donde mayor número de úlceras existen 80 a 90 por 100 allí son más frecuentes las perforaciones. — Hay que hacer constar que las úlceras de la cara anterior, ó inferior dicho que la cara anterior del estómago, es perforada en tanto por ciento de veces mayor que otras regiones gástricas tratándose de procesos ulcerativos. —

Las perforaciones por traumatismo circunscrito (heridas de bala, de arma blanca) son más frecuentes en la cara anterior, en los puntos más fácilmente accesibles. —

En el duodeno, la primera porción es muy castigada, disminuye luego la frecuencia de las perforaciones en las restantes, y existe un máximo en la línea de

unión con el yeyuno, en las cercanías de los repliegues y fosas
duodeno-yeyunales. Indudablemente de lo dicho se
que la secreción del jugo gástrico no acaba en el píloro
sino que va como se hacia notar en el fin del esófago,
es denegada en el duodeno por la presencia de úlceras pépticas
y por las perforaciones consecutivas a las mismas.

Pero aquí observamos un hecho curioso y es que
las úlceras duodenales y en especial las que afectan
y siguen a las quemaduras, congelaciones y erisipelas
ves, perforan el intestino muy frecuentemente y pronto
y tras la perforación viene la muerte. - Földvári ha más:
después de laparotomías en que hubo de ligarse alguna
de efriplon o de mesenterio se ha presentado la
úlcera duodenal, la habido hematemesis o melena se
ha perforado el intestino y ha muerto el operado. *V. Billroth*
La úlcera duodenal es más frecuente en el hombre
que en la mujer, o al menos de lo que ocurre con la úlcera

: la úlcera duodenal perfora el intestino en más
 50 por 100 de los casos, es decir, en un tanto por ciento ma-
 yor que lo hace la úlcera gástrica y las restantes ulceraciones
 ¿Por qué esta mayor frecuencia de la perfora-
 ción? En mi sentir la cuestión no es fácil de resolver, y
 sea resultado de múltiples causas. Yo voy a dar mi
 opinión basado en datos consignados en los libros y confirma-
 dos en la Clínica. —

Se sabe que hay independencia entre la red linfática
 del estómago y el duodeno; el píloro establece la separación.
 El cáncer pilórico demuestra y confirma tal autonomía
 pues es sabido que las siembras secundarias de la semilla
 cancerosa no se encuentran en el duodeno, no están más
 allá del píloro sino que extienden su radio de acción
 en dirección de los linfáticos hacia la curvatura menor,
 hacia el cardias, y ganglios suprahepáticos. Tamborini

se describen anastomosis arteriales, en venosas entre los vasos que rodean el estomago y la arteria pancreatica-duodenal superior.

En tales condiciones, un embolo en las ramas de la arteria duodenal superior deja isquemia una zona mayor o menor del duodeno: el jugo gastrico digiere la mucosa y se forma la ulcera. Del estomago no viene sangre por falta de vias colaterales: del sistema de la arteria superior o no llega sangre o llega tarde.

El jugo gastrico continua en la duodeno - el intestino se perfora, tras la perforacion viene la peritonitis y despues la muerte. El duodeno no recibe sangre por falta de vias colaterales. Juntos con el estomago que esta proximo no existen, y el sistema de la arteria superior esta muy lejos.

me explico ya la frecuencia grande de la perforación de las úlceras duodenales. El estómago tiene sangre en abundancia y muchas facilidades muchas vías de circulación: el resto del intestino tiene mejor asegurada su vitalidad por los arcos de la circulación mesentérica. Por esto son relativamente menos frecuentes las perforaciones de las úlceras en el estómago y en el intestino.

La fístula del cabo inferior del duodeno, de la frontera duodenoyeyunal es lo que explica las roturas y allí se verifican. En el yeyuno-íleon, la frecuencia de las perforaciones va creciendo según nos acer al intestino grueso y alcanza su maximum en la unión del íleon y ciego. Forman esta gran testinal el sitio predilecto de las perforaciones traumáticas, y de las perforaciones en la fiebre tif.

y estrangulaciones herniarias: basta la enumeración de todos estos afectos para que comprendamos la importancia y frecuencia de las perforaciones que en el jejuno e íleon ocurre. —

La misma figura que explicaba la rotura intestinal en el de los repliegues y fosas duodeno-yeyunales, da la clave de las soluciones de continuidad encontradas en la unión ileo-cecal, con sus fosas y repliegues, ileo-cecales. —

El intestino grueso, también es perforado y presenta sitios de elección: el ciego consecutivamente a infecciones y tumores; el ciego a infecciones principalmente y ciego colon y recto son perforados bien de fuera o dentro, bien de dentro a fuera en traumatismos variados, que más adelante se exponerán. —

Por desgracia no son objeto de estudio por un porte

las perforaciones del esófago abdominal, duodeno e intestinos grueso que tienen lugar en las superficies de los visceros desnudas de peritoneo.

Y tampoco incluyo el estudio de las perforaciones apendiculares por que de otro modo haria interminable este trabajo. La perforación en la apendicitis es asunto estudiado con atención en estos últimos tiempos, y por no haber observado casos de apendicitis en un de calidad suficiente para formar un criterio personal, renuncio á su inclusión en esta memoria.

Estudiadas, ó por mejor decir enumeradas los sitios de origen de la perforación, vamos á investigar como llega ésta á formarse, que lesión es su origen y en que condiciones aparece.

Por más de un concepto pueden compararse la circulación sanguínea y la alimenticia, así como los sup

tivos aparatos vascular y digestivo. Y al tratar de las causas de la perforación gástrica intestinal, me ocurre hacerlo siguiendo el orden que para el estudio de las hemorragias es indicado por los autores.

En consecuencia hemos de indicar primeramente el do actual de la cuestión en lo que se refiere a las roturas táncas. ¿existen? Indudablemente que sí, y bajo calificativo hay observaciones publicadas. — Ahora bien: ¿son verdaderamente espontáneas? Desconfiemos: más bien sucederá que las así llamadas sean perforaciones consecutivas a úlceras latentes, o a defectos de elasticidad resistencia parietales. Mikulicz y Kausch niegan que tal evento (el de la perforación espontánea) sea posible en el estómago sano.

En cambio Guérin afirma la existencia de roturas espontáneas del recto, cita casos de la misma y propone

un tratamiento adecuado. Recientemente Heineke
ha publicado otro caso ocurrido en Leipzig, en el que la
rotura sobrevino en un obrero al hacer un esfuerzo con-
siderable: no se indica si el accidente produjo prolapso
rectal, afección que para Quenum predispone a la ruptura.

Si como espontánea se consideraran las roturas acaecidas
tras un esfuerzo fisiológico más o menos considerable
en órganos sanos, resulta esto una concepción inver-
sible y en tal sentido, Elhibuliez y Kausch tienen
razón: es más, Quenum, el que más ha defendido y el
que ha creado la casística científica de las roturas es-
pontáneas del recto, afirma y decide que los portadores
de un prolapso rectal son los más expuestos a las
espontáneas. - Ahora bien: un intestino que forma
parte de un prolapso no es un intestino normal,
en salubridad completa.

Pero aun hay más: por la topografía del recto, por la dirección y sentido de la fuerza resultante del esfuerzo defecatorio tal zona intestinal sufre la presión abdominal en peores condiciones que el estómago y demás partes del intestino: la sufre contra un plano duro, óseo: la sufre repleta de un bolo fecal más ó menos endurecido: y la sufre en un punto en que las fuerzas ciales que integran el esfuerzo se han sumado, y dando lugar á una resultante que representa un traumatismo de consideración. - Nada tiene de particular que el prolapso rectal primero y la rotura después, sobrevengan lo que la rotura sea primaria sin que el prolapso sea una realidad clínica; basta con que el recto en fuerza de muchos pocos traumatismos haya perdido sus condiciones anatómo-fisiológicas normales.

Tenes pues que los llamados casos de rotura espontánea

177

nea, son ejemplos de un autotraumatismo claro y
manifiesto.

Las perforaciones no espontáneas pueden engendrarse
mecánicamente de fuera á dentro y de dentro á fuera y por
empujar tal división para que se nos dispense de más
comentarios, en gracia á la simplicidad de la misma. —

El mecanismo intimo de las perforaciones, ya lo hemos
dicho, es en un todo comparable al de las hemorragias
en en las discutidas roturas espontáneas: ¿que diferencia
~~sea~~ ^{un} recto prolapso que se perfora en un esp
un aneurisma que se forma, crece y rompe en esfuer-
zos retentivos?

En tal suposición nada más natural que estudiar las
perforaciones producidas per verum, per diapredesim
per diabroliu. —

La rotura vascular y el hematoma consecutivo

a las contusiones de segundo grado, las hemorragias por heridas incisas, punzantes, etc, de los vasos, son análogas a las perforaciones ocurridas tras contusiones y heridas incisas, punzantes etc, del abdomen y visceras huecas contenidas. - Los mismos fenómenos primitivos y secundarios se presentan en unas y otras a condición de poner infección allá donde se origina hemorragia en las pri.

Teóricamente se conciben y prácticamente existen ejemplos de perforaciones traumáticas del tubo en el miembro y variedad imaginable. - Las contusiones en el abdomen y a distancia (caída sobre los pies), en los muertos por precipitación y en los atropellados, aplastados etc. En los heridos por bala y arma blanca, por asta de toro y por cuerpos extraños ingeridos. En los que se suicidan bebiendo líquidos cáusticos, y en los que toman estos por equivocación perforaciones gástricas por quemadura).

En todos estos casos la causa de la perforación es tan evidente
y la lesión tan natural y comprensible que huelga todo co-
mentario.

Hay modos especiales de acción traumática y con-
viene citar de las roturas por explosión del estómago e
intestinos: una inflamación gástrica llevada a límites
ultranormales, una inyección de líquido de lavado gá-
strico en cantidad exorbitante, pueden perforar el estóma-
go en puntos ulcerados ó débiles del viscus. Un
garifero aplicado por manos inexpertas, un muelle or-
dinario a presión elevada han ocasionado roturas de est.
El Dr. Goyanes operó a un desgraciado paciente que padec-
ía una obstrucción intestinal doble: si dicho enfermo le
habían tratado anteriormente otros médicos y le
habían usado muelles gariferos que determinaron la rotura
intestinal (del recto) etc.

En algunas contusiones del abdomen el intestino o el estómago pueden ser comprimidos en dos puntos próximos estallar la zona intermedia, como de ello hay ejemplos múltiples. —

Otro mecanismo sumamente curioso y es el de la coprostasia con distensión intestinal como terminadamente de perforaciones. Ebner relata un caso complicado y confuso pues se trata de un sifilitico con úlceras de flegm en el yeyuno e ileon, y que al propio tiempo presentaba numerosas perforaciones en el colon ascendente, algunas de las cuales dejaban pasar varios dedos (tan apuchas eran). En pleno período habíase por un amplio flegmón exterior y del examen atento de las úlceras y perforaciones Ebner y Bencke (que practicó la autopsia) deducen que si eran sifiliticos las del yeyuno e ileon, puede admitirse sin dificultad de un sifis

género que las del colon nada tienen de sifilíticas, ⁿⁱ de
tifoidicas y que eran producidas por excremento duro que
habia ulcerado primero y perforado después el colon as-
tante. Ex puesto queda el caso, sin que de él haga por
mi parte comentario alguno. (Véase el Apéndice de esta memoria)

Un capítulo interesante por sí mismo, es el de la per-
foración pligensiva   nivel de las suturas operatorias. En
gran número de intervenciones abdominales hay que seci-
onar y extirpar el estómago y los intestinos. Tras la
infisi n y resección hay que suturar. Si estas suturas
son ef caces muchas veces, fracasan con demasiada fre-
cuencia: y el fracasar quiere decir que se produce una
comunicación entre el tubo digestivo y el peritoneo, es
decir que nos encontramos frente   una nueva forma
de perforación. Fracasan muchas de las suturas del
estómago e intestinos por que se pretende obtener

una reunión por primera intención en tejidos que están inflamados, infiltrados, infectos en una palabra: ¿que se diría de quien pretendiera suturar por completo la herida operatoria ^{cutánea} de una lesión infecciosa séptica o específica? Pues lo mismo hay que decir de los que suturan úlceras gástricas e intestinales, de los que extirpan estómago e intestino sin cortar por lo sano. Gran número de suturas que fracasan se deben a eso, a que reúnen tejidos en que la reunión por primera intención es imposible, a que cosen tejidos infecciosos. Ocurre en el digestivo lo que en la piel, lo que en todas partes; que cuando el campo operatorio es aseptico la reunión por primera intención resulta una maravilla; y cuando hay infecciones el intento de una reunión completa es desastre. Pero que en la piel cabe practicar contraberturas, cosa que en el tubo digestivo es casi un sueto.

39

alli no hay más contraatura que la luz intestinal que
con ser enorme, resulta inútil casi siempre. - Para evitar
tan tristes resultados no hay más que cortar muy por lo
sano y suturar admirablemente -

Suturar admirablemente..... Al escribir esto
cuando me voy de recordar las frases del Dr. San Martín, ha
cuerdo de intervenciones abdominales en general y de la
operación de Bidoglio para el cáncer pilórico en
particular. « En las intervenciones sobre las vías digestivas
es más importante la sutura que la asepsia » decía el
ilustre calabrés. El Dr. Jünnemann estuvo conforme con
tal apreciación: el Dr. Jüttner en nombre de la
asepsia se levantó contra tal modo de apreciar lo que
debe ser una gastroenterostomía. -

Mei querido maestro el Dr. San Martín
supo mantener su criterio y yo desde este sitio

permítame sumar mi modestísimo voto al suyo y al Dr. Jiménez. — Si la sutura es más importante que la asepsia en las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato digestivo. Los que tal defienden no niegan la asepsia; solo preconizan la importancia de la sutura. Los que defienden la asepsia llevados de un espíritu para los modernos, están muy rezagados de los que tienen por ideal una sutura perfecta, artística, que no falle. —

Hay más todavía: si por una lamentable falta de asepsia, se produce una peritonitis, ésta puede curar en bastantes ocasiones; si por faltas de asepsia se contaminara el peritoneo, éste se defiende y habrá peritonitis o no la habrá; y si la peritonitis se declara un desagrüe bien establecido la cura. — Claro es que me refiero á las faltas de asepsia que un cirujano en el siglo XX puede cometer.

Ahora imaginense todos una anépsia ideal que no es posible todavía y una sutura muy floja, ó muy apretada, ó en tejido no sano, ó con puntos. Figúrense que una perforación se establece. Luego todos los seguro que después de una operación es muy saber el momento en que se ha perforado una sutura: cuando se reintervenga habrán transcurrido 10, 12, 24 horas: y un laparotomizado con una perforación de 10, 12, ó 24 horas no hay quien lo haya salvado no se ha ó es mucho más difícil que curar á un peritonítico á las 10, 12, ó 24 horas de empezar su infección.

Falta de anépsia quiere decir infección: pero quiere decir perforación é infección. — Entre y otro cual profiero una falta de anépsia á una mala hecha.

Las perforaciones de la obstrucción y estrangulación intestinal son de tipo muy diverso á todas las ^{veces} como asimismo ocurre á las perforaciones coecales al infarto, trombosis y embolia de los vasos mesentéricos. Hemos hablado de las perforaciones per rerum y ahora toca decir algo de las per diapedesim. —

En la trombosis y embolia de los vasos mesentéricos, nutrición del asa ó asas intestinales correspondientes sufre una perturbación grande y grave: y no solo se intermite, sino que su circulación se altera profundamente: y á consecuencia de tal número de causas el tipo de la mucosa se desprende; los microorganismos intestinales, comparables á los leucocitos en su modo, se filtran por las ténicas del intestino llegando á la lumen, abordando los quíloferos de las vellosidades ^{los}. —

El endotelio vascular muy alterado en los
circulatorios análogos (trombosis, embolia) deja pasar
a gran número de leucocitos, y hasta hematíes. Pues
si el caso presente el endotelio peritoneal sufre idénti-
ca alteración y los microbios encuentran fácil salida
a la cavidad peritoneal. —

Este curioso y preciso mecanismo de la diapedesis
bacteriana en las paredes intestinales, análogo al de
la diapedesis globular en la inflamación es el que es
las peritonitis que acompañan a la trombosis
de los vasos mesentéricos, y a las inf. en que
tal lesión se presenta. — Es así que en la estrangulación
intestinal la lesión principal y primitiva es la obstr.
de los vasos mesentéricos: pues el mismo mecanismo que
da a las peritonitis de la estrangulación intestinal
si varia o no. —

Indudablemente las pocas peritonitis primitivas que hoy se encuentran se deben a un mecanismo parecido. A un trastorno circulatorio de este género, y a la perforación intestinal o gástrica por *Shapedites bacteriana*.— Así deben explicarse también las peritonitis locales de las úlceras y de los neoplasmas ulcerados.

Cada cuanto se habla de exámenes se encuentra comprobado por los estudios de Bore y Blanc: estos autores han hallado las bacterias en todos los puntos del trayecto, desde la mucosa atterada, a la subserosa. En la estrangulación herniaria, Colado llegó a descubrir una bacteria especial, que llamó bacteria de la infección herniaria, que aparecía en el líquido del saco antes, mucho antes de presentarse perforaciones macroscópicas. Se fue en duda la existencia de tal emigración bacteriana de la existencia de perforaciones visibles, pero los trabajos

Brentano confirmaron los trabajos de Clado salvo lo de
 un fero específico el agente productor de la infección
 hermanaria. - Bönnelien creía que era necesaria
 trucción de la serosa para que la emigración bacteri-
 tuviera lugar y que ésta se hacía a lo largo del
 liero y ganglio. Esto es cierto y lo demuestran las obs-
 ref de adenopatías subyugadas en el curso de
 ciones intestinales: fiebre tifoidea en la observación de Gout-
 t. - Klecki creía, por el contrario que a lo de la
 sangüinos tenía lugar la emigración
 pero Bosc y Blaud han demostrado de modo evi-
 dente que la emigración es múltiple (linfática, san-
 guinea é intestinal). -

Yo creo que no es de necesidad la lesión intera-
 visible del peritoneo, me satisface más la idea
 a través del endotelio peritoneal pasan las

Porá través del endotelio vascular los leucocitos y to
demostrando *a priori* las observaciones de líquido
el saco herniario con bacterias en periodos casi iniciales
la estrangulación, cuando el peritoneo no había tenido
tiempo de padecer lesiones intensas, de importancia. —

Las perforaciones finales de la estrangulación her-
nial, de la trombois y embolia musculotérica, son de
una categoría que las producidas por escaras de contusi-
des profundas. Y quedando bien establecida el me-
canismo de perforación *per diapedem* digamos
palabras de las afecciones que perforan *per os*

Forman el inmenso grupo de las ulceraciones y
distingos de ningún punto pueden incluirse
el los neoplasmas porque los que perforan son ulce-
ras, y bajo tal concepto obran y se conocen como cancer o
como, sino como úlcera que corroe, desgasta, lima, y

último perfora. —

Las heridas incompletas, no perforantes del intestino estómago, bien sean ciegas internas o ciegas externas deben como úlceras y en tal concepto son temidas por lo que es decir que un acto traumático, puede originar y desarrollar una afección que evoluciona como las infecciones y

No debe de extrañarnos desde el momento en que hemos visto que hay infecciones peritoneales, de cueros, que se fraguan de modo tan poco traumático como las perforaciones por diátesis bacteriana.

A más de las úlceras traumáticas (por cuerpos extraños, quemaduras, etc.) verdaderas roturas incompletas del tubo digestivo, tenemos las úlceras infecciosas e infestaciones (de pneumococos de bacilo de Koch, de Eberth, de amibas, de anguilotomias, etc.) o neoplasias (sarcoma, carcinoma, ¿tuberculosis?)

productores de roturas gastrointestinales. - Se

que en las perforaciones per diabrosium, concurre
son puntos de partida de las mismas, traumáticos,
infecciones y neoplásicas. -

Las causas de perforación aquí citadas, lo mismo
en un individuo sano (las traumáticas) que en
enfermo por otros padecimientos. - Influyen muy
la robustez y buen aspecto general. - Tiene apli-
cación a los órganos del tubo digestivo, cuando se
lo mismo cuando la normalidad anat-
ómica, que cuando hay visceropatosis, hernias
torácica, esplénica, etc.

En las perforaciones per se xim y per diapodesim,
la causa y la ocasión suelen darse juntamente, a
un mismo tiempo, salvo determinadas excepciones
que en todos los fenómenos humanos normales y pa-

tológicos existen (huaras de contusión en estómago e intestinos, desprendida a distancia del accidente y con ocasión algún nuevo traumatismo, aun insignificante).

En las perforaciones perforatorias ocurre todo lo contrario, y momento de acción de la causa es muy anterior y distinto del momento de la ocasión. - Esta suele ser un exceso en el comer o beber, algún traumatismo exterior o bien un autotraumatismo. - En un caso del Dr. Goyanes la perforación coincidió con el trabajo utero en otro del Dr. Chacabalan Pardo Corbua, fue simultánea con la perforación y el aborto. En de los enfermos promi observados refería el ^{paciente} ~~enfermo~~ aparición del dolor agudo sino de la perforación a la realización de un coito. -

En las roturas espontáneas, si existieran tal como se concebidas (viscera sana y sin traumatismo exterior)

decirse que todo era ocasión en ellas y que no reconoc
causa. —

Estudiadas las perforaciones en su topografía, causa y
ocasión en que se presentan y en el capítulo 1.º algunas
generalidades y puntos de vista sintéticos referentes al
peritonio y á las peritonitis locales ahora dilucidadas
que relación de causa á efecto hay entre las perfora
ciones de una parte y el peritonio y las peritonitis
de otra. —

La perforación ¿produce siempre peritonitis?
La peritonitis ¿es debida siempre á la perforación del ap
arato digestivo? Basta lo enunciado de las preguntas para compren
der que ha de contestarse negativamente á ambas. —

No: la perforación intraperitoneal del aparato digesti
vo es accidente temible, pero no siempre produce perio
nitis y cuando la determina puede ser general, difusa,

ó local, circunscrita.

El intestino dependiente al peritoneo, quiere evitar derrame de su contenido tiene en esto un nuevo parecido con los vasos cuando es seccionado completamente sobreviene á veces retracción circular tan perfecta que la luz intestinal es ocluida por completo; desgraciadamente no siempre ocurre esto, ni cuando ocurre es duradera la defensa natural; la fatiga llega prontamente. - Nada tan parecido como esto á la retracción circular de los vasos cohibitiva de las hemorragias. -

Si un intestino ó el estómago es herido con un instrumento punzante ó atravesado por una bala de pequeño calibre, no siempre es la peritonitis la consecuencia; en las guerras modernas se ha observado un crecido número de heridas en el abdomen que han curado sin operación y sin peritonitis y es de creer que hayan

perforado en estómago o sus intestinos. - Es que la mucosa hace hernia a través de la perforación, la ocluye, la forma un tapón, análogo al que en los vasos forman las costras de plaquetas, análogo al coágulo sanguíneo. -

Eodavía cabe suponer que el número y calidad de bacterias que contaminen el peritoneo no sean bastante a determinar una inflamación, y por tanto que se dé tiempo a que perforaciones en que esto ocurra, curen sin accidentes.

En algunos casos la perforación determina peritonitis si, pero peritonitis local, circunscrita, y en la mayoría por peritonitis general difusa.

Temos pues que ni todas las peritonitis son a perforaciones, ni todas las perforaciones ocasionan necesariamente una peritonitis. pero tambien sabemos que en la mayor parte de los casos, la peritonitis por perforación existe, y existe difusa en una proporción

mayor que la que fuera de desear. —

Pasemos decididamente á su estudio, veamos que particularidades nos ofrece esta forma, especial por etiología, de la inflamación peritoneal. —

Capítulo tercero Casística

Por tratarse de un asunto en que el material clínico abunda bastante no me ha parecido oportuno una recopilación de casos de peritonitis por perforación. — Por no solo expongo seis que he visto, habiendo do en las intervenciones que se practicaron, y hecho la autopsia en todos los que fui posible (en cuatro). Conste pues que si los casos son pocos es porque hago mención de aquellos que he visto. Ninguno trabajo me hubiere costado trasladar las historias de enfermos análogos operados por los Dres Goyanes, Stocker, Sprafkin, Bravo, etc. — El orden que sigo en la exposición de los casos es el ana-

iniciando en la perforación del estómago y
terminando con la de intestino grueso.

Observación primera

J. C. y M. de 30 años, natural de Madrid; ingresó en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid el 20 de Febrero de 1907.

Su historia era la siguiente: afecto de un padecimiento gástrico de larga fecha, a la una de la madrugada del mismo día se sintió muy molesto y fue presa de un dolor grande, náuseas, hipo y sensaciones angustiosas.

Trasladado a la Clínica del Dr. Ribera por indicación del Médico que le asistía, fue diagnosticado de perforación gástrica, procediéndose acto seguido a la intervención por el Dr. Ribera.

Anestesiado con clorformo ^{del enfermo} se hizo una laparotomía central, supraumbilical, descubriéndose en seguida una perforación gástrica en la región pre-pilórica y en el

centro de una tumoración, probablemente carcinoma.
En el peritoneo había una enorme cantidad de líquidos
verdosos de lo bebido por el paciente.

Se suturó el estómago, invaginando la perforación,
en una extensión de 10 a 12 centímetros. - Se lavó el peri-
toneo con solución bórica y se instaló un doble desagüe: por
tubos fenestrados en el hipogastrio y de Mikulicz en la
herida operatoria. -

Salvió el operado a las ocho de la noche; no se
hizo autopsia. -

Debo los datos de filiación a la amabilidad de
mi querido compañero Dr. E. Redondo, interno de las
clínicas del Dr. Ribera y Saura.

Observación segunda.

A. M., de cuarenta y cuatro años, casado, natural de Sogrito, de profesión Ballatín.

Se ingresó a la Clínica Médica 3^a, en Marzo de 1906.

Padece una gastritis alcohólica que mejoraba cuando él mismo se sometía al tratamiento impuesto, pero con frecuencia se dejaba llevar de sus antiguas costumbres y entonces bebía vino en abundancia; de consecuencia de esto empeoraba.

El día de la noche la tarde del 10 de Abril de 1906 comió y bebió sin tomar ni medida alguna; a las pocas horas comenzó sentir molestias; a la Noche la noche sufrió un dolor acompañado de vómitos alimenticios. — Creyó que se trataría de uno de tantos accidentes como los que anteriormente le habían sobrevinido. —

A las ocho de la mañana, y como el cuadro no cambia-
ba, se avisó al profesor de guardia y con él acudió yo.
Explorado el vientre, por percuusión, pues de otro modo era
imposible, la matidez hepática se había ~~separado~~^{remitido};
no había zona alguna de matidez en todo el abdomen.
El dolor continuaba, habían ocurrido nuevos vómitos. El
pulso era frecuentísimo, blando, pequeño. Inspira-
ciones superficiales y numerosas. Se notaba en piel un
sudor frío: la cara revelaba una angustia y sufri-
miento grandes. — Diagnóstico: ~~perforación~~^{perforación} de
de parte alta del aparato.

A las 10 de la mañana falleció el sujeto. —

Autopsia: se levantó la pared abdominal a por
de una incisión en que seguía la ^{dirección} ~~pared~~ del colon: re-
suelta la pared anterior del abdomen se apreciaban in
situ todos los visceros abdominales: no se permitió ~~que~~^{que}

hedor.-

El estómago encontraba distendiéndose por gases y líquidos hasta en su interior. ~~En~~ la 1.^a porción del duodeno había una perforación; ocupaba la cara anterior superior de la primera porción del duodeno: medía cerca de un centímetro de longitud y afectaba la disposición de una hemielipse tréfuera del intestino. - Algunas adherencias la rodeaban.

El peritoneo no ofrecía signos que a un estancamiento fueran denunciados. - El estómago distendiéndose de piloro una disposición de la misma impedía el paso al intestino, de los gases y contenidos estomacales.

Observación tercera.

Uno de los días del mes de Abril de 1904 estando de guardia en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, ingresó un hombre joven, de unos 30 años. —

Los que le acompañaban refirieron que padecía del estómago hacía años y que la noche anterior había sentido un dolor muy grande, había tenido vómitos y que desde entonces sufría grandemente. —

Explorado por el Dr. Reissellés observó una gran deflexión muscular abdominal; vientre no prominente, ni siquiera plano sino deprimido, abarquillado; dolor grande y sin zona preferida; pulso frecuente, blando, y deprimible; facies hipocrática típica.

Diagnóstico peritonitis por perforación, y se operó a reglón seguidos. (Las últimas horas de la mañana).

cloroformica. Laparotomía central.

Se vacuó el contenido peritoneal y ~~hizo~~ un lavado con suero y no habiéndose encontrado el sitio en que el aparato digestivo debía estar perforado se dejó un drenaje á lo Mikul. dióse por terminada la operación.

El enfermo murió á las seis de la tarde del mismo día de la operación.

Autopsia = Incisión de apéndice cecal al pubis: examinado el estómago no encontramos anormalidad alguna simple vista discernible. Pero al pasar al duodeno vimos una perforación, situada á menos de un centímetro del píloro, lineal, de un centímetro de longitud, perpendicular al eje duodenal (1.^a porción) y situada en la cara zona anterior-superior del mismo. Atravesando por entre los bordes linfáticos, correctos de la vena, hallábase una pepita de manzana.

En el resto del abdomen solo se observaban los siguientes

una peritonitis generalizada sin efusión serosa
sanguinolenta.

Practiqué la autopsia a
Gallego.

to a los Sr. P. Solley

Observación cuarta

S. A. de 42 años P. profesora de 1.^a enseñanza, natural de Usda, (Colubo). - Padecía de antiguo, una hernia que fácilmente se reducía y era contenida. No usó nunca braguro. - Con ocasión de un cólico bilioso irrupción al exterior el contenido del saco herniario y se estranguló. - A las 17 horas de occidente fué operada por el Dr. Goyanes: encontrándose con una hernia de la tromba derecha y de una asa delgada; pero en tan precarias condiciones de nutrición y vitalidad se encontraban una y otra, que se extirpó la 1.^a (Tromba derecha) y diez centímetros de intestino delgado. - Terminó la operación por interomastomosis mediante sutura a lo Lambert y una radical de la hernia, que era cural y del lado ~~de~~ ^{del} ~~lado~~. Se aplicó la

cura con goma arábiga algodón y venda en espina de ángel

En los días siguientes, al de la intervención no se restableció el curso de los materiales contenidos en el intestino, por lo que los gases tuvieron validez por el ano; la temperatura se mantuvo normal, (de $36,1^{\circ}$ a $36,1^{\circ}$), el pulso fue anormal en frecuencia y blandura al par que perdía en amplitud y dureza; y en cuanto al metrorrismo, adquirió desarrollo suficiente a dificultar la respiración y a favorecer los vómitos, se pensó en la posible obstrucción a nivel de la línea de sutura o en una par intestinal en la que tendría su parte de culpa el extracto tetáico que se administró a la para el mayor reposo del tramo intestinal. Como no se dio un purgante, porque la agravación correspondía a los días (del 3° al 8°) en que está demostrado que las suturas intestinales sufren un reblandecimiento pro-

-curios de la reunión definitiva.- Se hicieron lavados al estómago, con el fin de evacuar los gases estomacales, y por el antiperistaltismo existentes los intestinales, disminuyendo la molestia que originaba el meteorismo.- Se cubrió la pared anterior del abdomen con una capa de algodón empapada en sublimado al 1 por 5000, y temperatura elevada, constituyendo una amplia fomentación para activar a sí los movimientos intestinales, y para que la dilatación de los gases venciere la resistencia en la línea suturada y las barneras representadas por el piloro y cardias.- Esto ocurrió el 17 de Febrero, en la hora de visita (doce de la mañana), y como el estado general siguiera peyorando, se decidió verificar una segunda intervención que tu lugar a las 11 de la tarde del mismo día; asistieron a ella, e intervinieron activamente, los Doctores

San Martín, Goyanes y Ripollés, y los señores Albey y Alvariz (8). sin previa anestesia se levantó la cura puesta en la primera operación; se quitaron los puntos de sutura, y abierto el campo operatorio, se intentó, a través el asa obturada, no pudiendo lograr este objeto, lo que desbridar hacia arriba seccionando el ligamento de Falopio y parte de la pared muscular pítica da por encima de aquí. —

Fuera ya del abdomen el asa causante de tan grave estado se labró a la piel, suturándola en forma de escopeta de dos cañones (formados por el cabo afrente y referente), después de quitar parte de la sutura de entre sí. Hicieron (que no había reunido las paredes intestinales). Se lavó ampliamente, con un tubo de goma introducido por el cabo afrente, la cavidad intersticial, arrastrando el agua de lavado o lamos excrementos bien formados y siendo atraves-

sada por burbujas gaseosas aunque en corta cantidad,
todo lo espulsado. Se hizo un tapocamiento de la herida
y cada tres horas se renovó, practicando al mismo tiempo
un nuevo lavado intestinal. En vista del empeora-
miento visible se pusieron 1.000 gramos de suero artificial,
~~inyecciones de cafeína y aceite de alcanforado~~ ^{inyecciones de cafeína aceite de alcanforado,} en dosis de
250 gramos una cada tres horas, pero todo fue inútil y a
las una y media de la madrugada la enferma falleció.
— Autopsia. Hice solamente el examen de la cavidad ab-
dominal, valiéndome de una incisión que partía del ex-
tremo superior externo de la herida, y que verticalmente
ascendía hasta el reborde hepático. Previas las liga-
duras necesarias para evitar el derrame del contenido in-
testinal en el abdomen, y quitando los puntos que fijan
el intestino a la piel, se sectionó el orón intestinal operado.
Explorando el resto de la cavidad, se descubrió un poco de

peritonitis con exudación seropurulenta a lo largo del colon ascendente; en el modo hepático de este el proceso inflamatorio englobó dos asas delgadas, y había una obstrucción de naturaleza inflamatoria.

Del examen de la pieza anatómica extraída, se deduce que, habiéndose derramado por fracasar la sutura (cuyos bordes no se tocaban) el contenido intestinal, se ha desarrollado una peritonitis de bacilo coli; que determinó una parénquima intestinal grande, que explica los síntomas de obstrucción acompañantes de casi todas las peritonitis.

Observación quinta



N. Salmerón de 60 años, canoso y habitante en las Ventas del Espíritu Santo (Madrid). -

Sin antecedentes patológicos de importancia, y muy aficionado á las bebidas alcohólicas. Padece una hernia inguinal del lado izquierdo. Encontrándose embriagado tuvo una disputa con su esposa, llegando á un altercado de palabra y obra: un hijastro salió en defensa de su madre, agredió al paciente y con un puñón ó codo le infirió dos heridas en la bolsa escrotal izquierda. -

Ocurrió esto un día festivo á media tarde: fué conducido el paciente á la Casa de Socorro próxima (ocurrió el hecho en las Ventas del Espíritu Santo) é ingresó más tarde en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina.

En vista de que ^{en} el escroto estaba patente una

voluminosa hernia inguinal, y que asimismo se veían en los orificios de entrada de las punciones que le habían sido inferidas, fué operado el herido por el Dr. Popolli, á quien agudé directamente en las maniobras quirúrgicas que se llevaron á cabo.

El contenido intestinal se había derramado en el saco herniario y pasado al abdomen, á través de cuatro perforaciones existentes en las asas en aquel contenido.

El contenido olerante habíase recogido en el saco y paredes intestinales se advertían los 1.^{ros} signos de una infección peritoneal.

Se suturaron las punciones intestinales. Se hizo la castración. - Y como era existente el paso del contenido intestinal 1.^o al saco y luego al abdomen, se practicó la cura radical de la hernia, dejando dragado en el escroto.

Más como la peritonitis estaba iniciada, se incindió la
ventral en la línea media infraumbilical
se puso un drenaje a lo Hartmann. Como era de
esperar sobrevino, o mejor dicho se manifestó una
peritonitis con abundante exudación serosa. P
dolor, subdelirio, curso de gases, más no de material
sólido, en el intestino, 110 a 130 pulsaciones, 38° a 39°;
falta de hipo y de vomito, micción espontánea. - Ni las
cosas, y viéndolo que pasados 3 días el paciente no mej,
nueva laparotomía y lavado peritoneal prolijo. A las
20 horas de la 2.^a operación murió el paciente con fe-
nómenos de shock séptico. - Era el 4.^o día desde que
le fueron inferidas las lesiones primitivas.

No pudimos hacer autopsia por ser caso indi

Observación sexta

G. G. de cuarenta y siete años de edad, casada, natural de Pinar (Cuba) y dedicada habitualmente á los labores de la casa, ingresó en la clínica del Dr. Van Martín el día 23 de febrero de 1903.

Antecedentes: En el mes de agosto de 1903 comenzó á sentir dolores en la región de anexos izquierdos, y aumento notable de volumen el vientre, habiendo, sin embargo, normalizado en la menstruación. Diagnosticada de quiste ovárico, se la operó en esta casa el día 4 de Mayo de 1904 con éxito, habiendo transcurrido sin novedad hasta octubre, en cuyo mes se le suspendió la menstruación, y en 1.º de Enero del mismo volvió á sentir dolores en la región de anexos derechos, y aumento de volumen el vientre, como le había ocurrido la otra vez.

Fue diagnosticada de quiste del ovario y fue operada el 1.º de Marzo de 1905.

Después de haberse practicado las incisiones curvilineas en la zona media infra-umbilical, como de 10 centímetros de longitud y se dió el colgajo intermedio, penetrando luego en la cavidad abdominal y pretendiendo aislar el quiste, no pudiéndose realizar esto por las adherencias existentes. Se incidió la membrana quística y se vació poco a poco con la mano gran parte del contenido gelatinoso del quiste.

Después pretendió aislar la membrana separándola de sus pequeñas ataduras, pero por estar englobado y adherido con el quiste el epiploon mayor, con el estómago y colon transversos (hasta parte del mesenterio), hubo necesidad de resecar (por sutura en cadena) parte del omento gastro-cólico y luego reparar las relaciones con los órganos que ya hemos enumerado, hasta llegar al pedículo, que se cortó bastante alto después de haberlo suturado, haciendo lo mismo con el ligamento redondo derivado del útero, aislando entonces por completo

~~después de haberlo subido, haciendo la incisión con el bi-~~
~~compuesto de la bolsa quística.~~

Lo que hizo más laboriosa la operación, y menos hal-
lento el pronóstico, fueron: 1.º el contratiempo de tener
que hacer una sutura intestinal, por haber sidoccionado
el colon transverso, lo que era facilísimo por que estaba con-
stantemente englobado y desemplazado, y 2.º la necesidad
que hubo de hacer una autoplastia uretra en la línea
de colostomias que se recubrió de un manguito.

Curso post-operatorio. Las primeras ochenta y ocho
horas, la pasó la enferma con pulso frequentísimo, pero
sin tendencia al colapso y permanentemente incoherente por un me-
teorismo doloroso; con objeto de regularizar las manifestaciones
peristálticas, se la purgó con rifino, que le produjo dos deposi-
ciones, pero el meteorismo aumentó y amenazaba el colapso.

so final. - Por este tumor, el día 1 se volvió a explorar la enferma con objeto de abrir la herida, encontrándose en el fondo y saliendo gran cantidad del contenido coloidal del quiste, que mantenía adherida, formando bloque, al paquete intestinal. - Al mismo tiempo se encontró también un líquido seroso sanguinolento que (probablemente por transudación) revelaba un ligero olor fecaloides y contenía coágulos grises oscuros. - Por parte superior del abdomen estaba distendida gases a gran presión, que al desprender un poco de paquete intestinal (con objeto de ver el estado de la natura del colon) salió dando lugar a la pérdida de pulso por lo que suspendió este desprendimiento y se colocó de nuevo con gases. -

Debante estos días la enferma se mantenía débilmente con suero, y se prescribió tener constantemente húmeda la boca con hisopos de algodón empapados alternadamente en agua de Petrá y bicarbonato sodico, se administraban frecuentemente enjarres

di cognome rotti.

[illegible]

tema de una pulmonia hipostática intercurrente.

En el interrogatorio habido de la operación a la muerte no aque-
jó la paciente dolor, ni tuvo vómitos, hubo de ser sorbada,
pues la mición espontánea faltó desde la operación. - El pul-
so de 116 a 130, siempre que se le observó, sinoto normal hasta
el 3.º día la temperatura y subiendo después a 38° y 38,5° en
los últimos.

Autopsia. Abierta la cavidad abdominal por la línea
de sutura se vió que el colon transverso en el sitio suturado,
vertía su contenido, de un lado al exterior por la fistula
externo ranea y del otro en el peritoneo. El mango de auto-
stethio introducido por un borde al colon libre, flotante
el otro bo. de suturado al colon.

Capítulo cuarto

Las peritonitis por perforación

El estudio etiológico de la enfermedad ó mejor dicho del síndrome que voy á describir, ha sido hecho ya en el capítulo 2.^o. Allí hemos visto cuales lesiones daban lugar á las perforaciones, y en que ocasiones se verificaban: analizamos el sitio producido por las lesiones perforantes, y finalmente concluimos que no toda perforación lleva tras de si una peritonitis, ni toda peritonitis es consecutiva á una perforación en el aparato digestivo. —

Sabiendo ya que hay perforaciones que curan espontáneamente, (unas pocas) renunciamos desde ahora á su estudio pues no interesan á nuestro objeto. —

igualmente hemos de hacer con las peritonitis de causa distinta a las que analizamos anteriormente. Quedámonos solo con las peritonitis por perforación, que ocuparán el presente capítulo y acerca de las cuales no pensamos hacer un estudio completo y perfecto. Es el nuestro, un trabajo perfectible y todos son capaces de completarlo. - Esto es que yo me propongo exponer puntos de vista, conceptos generales y hechos precisos acerca de los que pueda obtener alguna conclusión práctica; al menos yo, así lo espero. - es lo que he hecho en la parte primera hablando del peritonismo y de las peritonitis: indicar cuatro rasgos o caracteres de uno y otras, pero sin intentar una descripción acabada en muchos meses. - El mismo criterio me ha guiado en todos los puntos que trato. -

Basta ya de digresiones. - Entrando nuevamente en

abandonado 112

el camino por un momento ~~abandonado~~ diré que puede considerarse hecho en la parte de las perforaciones el estudio de la etiología causal y ocasional de las peritonitis por perforaciones. —

Al hablar de las perforaciones por diapedesis se ha visto por toda la marcha ^{continua} en detalle del proceso, se ha podido averiguar sin duda de ningún género que la emigración bacteriana por las capas intestinales o gástricas y la irrupción de los agentes microbianos en el peritoneo es el proceso, es la táctica seguida por dichos seres antes de dar la batalla al organismo, antes de que la peritonitis se desarrolle.

En las perforaciones de fuera a dentro, de peritoneo a calibre intestinal, de serosa a mucosa puede haber una variante, y la hay positivamente en muchas ocasiones. Una bala, una navaja, un punzón, un

13

asta de toro, etc. atravesa las paredes ventrales, y
en el aparato digestivo, bien en el estómago, bien en el
intestino.

Puede ocurrir que la bala, navaja, punzón, etc.
contaminen, e infecten al peritoneo al pasar por él,
antes de herir el estómago o intestinos y entonces la
peritonitis que se desarrolla o no es por perforación (hay
perforación con peritonitis) o es mixta. El
hilo es casi instantáneo, pero hay que admitir que
puede ser suficiente a causar una sepsis.

¿No hay heridas penetrantes de bala, navaja,
asta de toro, etc. sin lesión visceral y con peritonitis?
Pues cuando haya lesión en el aparato digestivo también
puede el instrumento vibrante por si solo, ser causa
de una infección. —

Para nosotros, dada la casi constancia de la

-itis en las perforaciones intra peritoneales, será norma de conducta despreocupar la posible contaminación por el traumático y considerar como peritonitis por ^{traumática} a las acaecidas en su herida ~~perforantes~~ de víntre con lesión perforante de estómago esófago o intestinos.

En las saluciones de continuidad por vezin el mecanismo de la contaminación peritoneal es harto ^{grosero} ~~peroso~~ para que ~~distinga~~ nuestra atención por mucho tiempo. La falanga bacteriana del tubo digestivo cal al peritoneo á través de la herida perforante de la vis-cera lesionada. - Con aquella, hace irrupción la masa alimenticia compaña y varia según el individuo, el órgano, y según la zona del órgano in- Los remedios que en muchos casos se han administrado, así mismo son vertidos al peritoneo, sobretodo si la perforación está en el esófago, en el estómago, en el recto o

colón. Dichos remedios caen al aparato digestivo como en
un saco roto, como en una caba sin fondo; vemos aquí
reproducido el caso de las *Dauvaines* intentando llevar un
tonel sin fondo, pues mal puede llevarse un objeto sin
condiciones para la cabida, como imposible es edificar una
casa sin cimientos. —

En las perforaciones de dentro á fuera, ó para mayores
claridad y exactitud de umora ó serosa, el sentido de la
destrucción indica tambien el que llevará la
más adelante. —

El peritoneo se salva, se libra de la contami-
nación: las defensas que el aparato digestivo
en juego, (bien escasas por cierto); encias
ito visuales, ó interviscerales: una ideal, ilusoria y
casi nunca existente, asipsia del sitio perforado. —
El peritoneo se libra de la contaminación.

76
nuevas capas, reanembranas en el lugar que está ulcerándose y que amenaza perforación. —

El peritoneo se defiende de la infección: destruyéndola haciendo desaparecer por absorción las bacterias que le purifican. Si logra esto, la infección ha abortado. —

El peritoneo combate la infección: acorralando al microbio, limitando el radio de acción de este, parte de su terreno, para salvar el todo, resignándose a entregar una extensión de su inmenso territorio para deba de la bacterias: y con el enemigo reconcentrado le vence fácilmente. La peritonitis localizada, es el último baluarte en que el organismo se defiende antes de sucumbir moralmente, ante la infección general. — La circunscrita es un sitio que el organismo pone a los microorganismos: el foco inflamatorio es una plaza sitiada por hambre y fuego. — La

mitis generalizada es una guerra de g
batalla formal, pero en que el individuo es vencido. En efec-
to el organismo apenas si puede defender ante una in-
vasión difusa, no puede luchar por que no encuentra
con quien hacerlo. En la peritonitis difusa no hay co-
lusiones de mas que denuncien una defensa for-
mal, y una tibia franca. —

¿Si comprendida la situación ¿ que observamos
nosotros, una vez que la infección ha pasado, cuando
no ha podido ser abortada?

¿ Que lesiones encontramos que testifiquen la perforación
y sus efectos?

En los primeros momentos hay una rotura por la que
sangre, gases y una papilla heterogénea se desvanecen
se ha visto esto en las perforaciones hechas en el curso de
muchas laparotomías. —

78

Después, avanzando el tiempo la infección peritoneal
difusión de lo que se vertió, es cuanto podemos ver. —

Mejor tarde ligera exudación, sero-fibrinosa, innumera-
bles, gases en el peritoneo y en las asas intestinales, muy
dificultan las cosas en muchos operados: en tal situación
para los más de los enfermos. —

Si la perforación fué de parte muy elevada
digestiva, puede haber en el peritoneo restos de la última
comida y de los remedios ingeridos que no pudieron vo-
mitarse. —

Si la rotura es de intestino grueso hay heces fecales
líquidos de cuernas que se administraron. —

Si la rotura fué por explosión, el gas, líquido, etc. ca-
usal, se encuentra en la gran serosa. — Cuerpos extraños
vulnerantes (balas, cálculos, instrumentos de cirugía,
etc.) también se pueden encontrar. —

En pocas ocasiones hay gran cantidad de exudado. si hay muchos líquidos, son derramados más bien. La- gres existe en pequeña cantidad á no ser que la rotura asiente en región muy vascular (curvas etc).—

Exudado putrudente abundante no es común el encontrarlo. Serianes gangrenosas en la perforación y placas de espafelo más ó menos extensas se observan á veces. — Putridiez, no es raro que exista, pero viven los enfermos para que la putridiez sea mucha. —

La lesión primitiva, casi constante, lógica y natural, es el derrame, la entrada de aire en el es en estado que hemos descrito y más atrás como análogo al pneumotorax. — Que se revele ó no, que de lugar á síntomas más ó menos seguros, de la cantidad de gases existentes en el peritoneo;

80

que existe tal lesión y que es primitiva en los más de los casos, eso es innegable. -

Cuando la peritonitis es localizada, circunscrita, lesión es reducida a un flemon o absceso pseudo-estomacal con su correspondiente membrana purgérica: es la úlcera sitiada, convertida en invulnérable rodeada de sus murallas en $\frac{1}{2}$ término, y con la falange enemiga (infiltración leucocitaria) en los alrededores. - En estas peritonitis locales hay por bien formado, gases también en muchas ocasiones, y no es raro que ocurran perforaciones secundarias que son decisivas, es decir que matan o salvan definitivamente.

Claro es que se encuentran en variados sitios: no ofrecen de particular sino la ^{menor} falta de lesión del organismo del envenenamiento por los de las bacterias y de la digestión. -

Las vísceras abdominales, como revestidas de ^{peritoneo} en su mayor parte, claro es que sufren las consecuencias de la inflamación peritoneal: sabido es que «cuando una casa se quema, la de al lado se calienta». Pero en el caso presente podemos decir que «cuando un órgano se inflama ~~el~~ de al lado se congestiona, se irrita».

Abundaban las adherencias entre estómago e intestinos, de intestinos entre sí y de aquel y estos con los otros órganos abdominales.

En ocasiones excepcionales (roturas del recto o del estómago), con los esfuerzos del vómito, las asas intestinales salen a través de la perforación, y se el estómago o el intestino grueso con las asas intestinales en su interior.

En cuanto a la perforación en sí puede ser lami

-ca ó múltiple: siendo múltiple, pueden estar las rotu-
ras en un solo órgano ó en varios. - Muchas perforaciones
aparecen lineales al examinarlas; otras ovales ó redondeadas.
No es cosa rara que algunas aparezcan forma irregular,
llada. -

Por su dirección, unas son perpendiculares, otras oblicuas
ó paralelas al eje del órgano lesionado. - En algunos casos la
sección es total y el aparato digestivo pierde en absoluto
su continuidad: á nivel del píloro, en diversos puntos del ye-
cuno ó ileon y en la unión ileo-cecal ha ocurrido la seci-
on completa del tubo digestivo. -

En algunas autopsias, dice Levaqueter, ha llamado la
atención un cuadro característico de la peritonitis progre-
siva, observado en úlceras de duodeno perforada. El con-
tenido expulsado se acumula primero en un canal entre
el colon transverso y el hígado, á consecuencia de la

timaciones protectoras del intestino delgado, fluye el líquido a lo largo del colon ascendente hasta la fosa ileaca derecha, llega por último a la pequeña pelvis y vuelve a ascender a lo largo de la flexura sigmoidea, junto al colon descendente. De este modo puede dificultarse grandemente el diagnóstico con los procesos que parten del apéndice vermiforme y de la vesícula biliar. —

El eritema presenta un cuadro muy característico y conocido de todas las peritonitis locales ocurridas tras heridas estrangulaciones herniarias. — El fleumón estercoráceo la fistula consecutiva son los accidentes más raros los que debemos describir en casos tales, ya que la operación no alcanza a todos los enfermos en la actualidad. —

Respecto a bacterias encontradas en los focos de peritonitis circunscrita y en las peritonitis difusas puede formarse una lista innumerable: desde el coli, strepto-

87
coco, stafilococo, bacilo tuberculo de Koch, id. de Eberth,
pneumococo, etc. hasta todos los habitantes del
e intestinos tñidos como coadyuvantes de
normal, aunque se ha demostrado que lo son,
que viven sin agudarse para nada y si perjudicando
algo aunque poco.

La sintomatologia de las peritonitis por perfo-
racion es una suma de la que presentan los factores que
integran dicha afeccion. Así pues, tenemos que conside-
rar primero los de la enfermedad, tumor o traumatis-
mo que perfora y los de la peritonitis circumsrita o
difusa que es su consecuencia.

En buen numero de casos, el individuo que sufre
una perforacion nos ilustra refiriendo antiguos o recien-
tes padecimientos gástricos, desarreglos intestinales, he-
matemesis o melena; en otros, habiendo gozado de

buena salud ha caído repentinamente con una fiebre tifoidea y en el curso de ésta le sorprende el accidente. — O bien ha sufrido algún traumatismo (contusión abdominal) madura y en el curso del cual, le ha sorprendido el accidente para cuya asistencia se nos llama.

Pero hay enfermos que por mucho que se investigue no acusan antecedentes morbosos, ni traumáticos: sólo refieren el traumatismo reciente. Y aun algunos ni hablan siquiera de esto: no recuerdan de golpes recibidos ni recientemente, han vivido sanos, sin recordar estado enfermo: han vivido trabajando y trabajando les sorprendió un malister mayor o menor que les obliga a buscar y pedir la asistencia facultativa.

El cuadro variado repertorio, toda la gama tenemos en los antecedentes. — ¿Cómo empieza a manifestarse una perforación? Una víscera que se rompe, al

95
más lig. hace suponer, que produce un dolor acorto. Pero como en buena ciencia lo que pasa está en abierta oposición, muchas veces, con lo que parece que debiera ser, aquí, sorprende un hecho curioso y de a conocido. — Las visuras abdominales no duelen se las manosea, corta y sutura, hecho curioso comprobado por muchas operaciones y que ya he practicado vez repetido en los enfermos de las observaciones número 4 y 6 en el curso de las reintervenciones llevadas a cabo sin anestesia local, ni general. —

Esta disparidad que se manifiesta ya en las disertaciones teóricas es repetida en la práctica corriente, á pocos enfermos de perforación que se vean. Los autores franceses sobre todo, insisten en el dolor agudísimo, de puntalada en el acto de la perforación. Pero aun los más aferrados á tan gráfico modo de expresión, no

87

podrían menos de reconocer que hay casos de perforación con poco dolor o sin dolor, sin que el enfermo pueda el momento de aparecer la sensación de malestar, ansiedad, angustia y hasta el síncope que puede acompañar a la lesión visceral. - En las observaciones 4 y 6 que presento no se puede precisar el momento de la perforación, el dolor descrito por los autores falta en absoluto. En la observación 2^a el dolor existió pero no muy marcado. En la observación 3^a la sensación de desgano fue clara manifiesta.

En los casos en que el dolor existe, con mayor o menor intensidad, se acompaña casi invariablemente de una defensa muscular acentuada y de hiperestesia cutánea en la región abdominal. algunos quieren que todos los síntomas enunciados (dolor, defensa muscular, hiperestesia cutánea) sean más acentuados a nivel de la

Nota, por el contrario, propone una exploración consistente en hacer que el lesionado beba una pequeña cantidad de agua; esta al llegar a la perforación (si es de estómago) aumentará los dolores que el enfermo sufre. - Pero es humano, ni científico, ni prudente este proceder. -

Veamos cuán variable es el dolor y que hasta puede faltar: en cambio la defensa muscular y la hiperestesia cutánea no faltan ordinariamente. - Este sintoma tan preciso, naturalmente había de fijarse la atención por los clínicos: y así ha ocurrido dando lugar a investigaciones curiosísimas de las que ha resultado una serie de adquisiciones que procuran explicar la variabilidad del sintoma dolor y la existencia de la contractura defensiva i hiperestesia cutánea. -

Sir James Mackenzie sospechó que en el tejido

Capa yacente entre el peritoneo y los músculos abdominales debía existir un rico plexo nervioso por cuanto manipulando en dicha región había despertado dolor vivísimo en los enfermos á qui se operaba. - Mr. Caird operando una hernia con anastomosis local, confirmó la observación de MacKenzie pues que su enfermo no sintió dolor sino al rasgar el tejido conjuntivo submuscular, si-
do insensible á las manipulaciones en el peritoneo.

Anatómicos y fisiólogos no estaban conformes con tal modo de ver, pues desconocían la existencia de una capa ó plexo nervioso. - Y así continuaron las cosas hasta que Ramstroin demostró que en dicha capa existía una rica red de terminaciones nerviosas procedentes de los nervios musculares. - Esta capa nerviosa descubierta por Ramstroin explica lo que se venia diciendo del que el peritoneo parietal dolía al inflamarse.

91

-se y el visceral no. - Tenemos que ni uno ni otro se diferencian y que la existencia de esta capa nerviosa submuscular explica el dolor de las peritonitis en que el peritoneo parietal la capa suprayacente se afecta. -

Dependiendo tales fibras nerviosas de las de la capa muscular, puede explicarse la contractura de defensa, y los nervios cutáneos íntima conexión con los profundos, he aquí el porqué de la hiperestesia cutánea. - Los casos de perforación en que para nada son afectas las zonas sensibles, el dolor faltará: en caso contrario será típico, bien expresado por los enfermos. - Que la contractura de defensa presente cuando el dolor faltare es un punto todavía oscuro que nuevas investigaciones aclaran.

En buen número de casos, el paciente cae en un estado de shock al sufrir la perforación. Si esta so-

erino á consecuencia de un traumatismo puede ser ^{ser} muy intenso, que si ocurre el accidente en el curso de tifoidea; de una tuberculosis intestinal. El shock, ser primitivo y secundario, pues en ocasiones no se presenta sino después de algún tiempo de lesión y la intensidad del mismo es análoga muy variable. todos modos, grande ó pequeño, primitivo ó duradero ó breve, el shock se presenta, siendo cosa que faltar en absoluto: unas veces reviste la forma tó¹ica otras por el contrario la erética. —

De la existencia y grado del shock, depende se los demás síntomas subjetivos de la perforación y de la peritonitis consecutiva, se presentan inmediatamente ó con un intervalo libre de varia duración. —

El shock primitivo y el estado comatoso en que muchos peritoníticos están sumidos, pueden estar bien distin-

dando pero á veces son subintrantes. Es decir que el sopor consecutivo á la perforación, accidente traumático, es en ocasiones seguido sin interrupción por el coma más ó profundo natural acompañante de la peritonitis infecciosa. - Conviene que se aprenda á distinguir uno de otro, pues son dos cosas distintas en el tiempo y en su esencia patogenia. -

Bien como ocasión de la rotura, bien poco después de ella ó ya en la reacción del shock. presentarse vómitos ó náuseas, y aquellos pueden ser alimenticios ó sanguíneos, muy repetidos, molestan grandemente al enfermo y cuando faltan son reemplazados por náuseas, estó y fijos. - Frecuentes acompañantes de la peritonitis, los síntomas últimamente mencionados, ofrecen su mayor constancia cuando las lesiones iniciales se hallan próximas al diafragma, es decir que son síntomas

icos que predominan en las perforaciones altas (no del estómago solamente). - Los vómitos sanguinolentos pocas veces pueden observarse porque cuando la perforación es gástrica se vierte en el peritoneo el contenido del órgano y a lo más son expulsadas muy escasa cantidad de alimentos y jugos digestivos o simplemente hay náuseas, eructos o hipo. Han sido en periodos avanzados de las perforaciones testinales se presentan vómitos de apariencia fecaloides. - El enfermo con su boca y lengua seca y saburrosa pide agua frecuentemente; ^{expresa} ardiente sed. -

Los enfermos cuentan que en las primeras horas si raíz. del accidente y con ocasión de ruidos de tripas, se acrecentaban dolores pero estos aumentos y tales movimientos intestinales han ido desapareciendo poco a poco. -

Por lo común hay estreñimiento y supresión del curso de los gases en el intestino. - La lesión radica en

colon o recto puede salir cierta cantidad de sangre por
año, pero esto como puede suponerse es muy particular,
no tiene aplicación a un estudio general, de conjunto.

Si después de enterado el médico de los accidentes
primitivos para conforme al criterio usual, si la explora-
ción del abdomen para recogerlos síntomas lesionales, notará
lo que á continuación se expresa. —

Por inspección: la actitud del enfermo defendien-
do si su abdomen de todos los contactos; los músculos
semiflexión y abducción: el cuerpo encorvado por almor-
zados que levantan los hombros. El abdomen r
deflexionado en algunos casos (en los recientes y casi pueri-
vantes), ó distendido grandemente si es observado el pa-
ciente cuando ya los músculos háine fatigado y relajado
la tensión de los gases intestinales y cuando notará
si la exploración con alguna contracción

96

idos muscular. Tanto la retracción como la pro-
minencia pueden ser generalizados ó locales. —

En una inspección siguiendo una norma obli-
cua podrá verse que los movimientos de la pared abdo-
minal coetáneos con los respiratorios no se verifican, no
tienen lugar; á este sintoma que no he visto citado
en ninguna parte doy yo tanta importancia ó más
que á los restantes á que da lugar la timpanites
mas interna. — Puede ser causada la falta de excu-
riones inspiratorias del abdomen á la contractura mus-
cular defensiva de los rectos: puede ser debida á que las
inspiraciones son breves y poco amplias: puede ser
también que el gas que pasa al peritoneo por la
se acumula en los puntos más altos de la cavidad.
Sea debido á lo que quiera, el caso es que yo he creído
observar esto y que lo expongo á la consideración de

los que lean esta mal escrita memoria. - Yo creo que ⁹⁷
cuando la timpánica externa (peritoneal) no se
eufiste por la desaparición de la matidad. Se
cuando el gas llamado sea en muy co
tidad ha de tender a ocupar preferentemente
to más elevado de la cavidad peritoneal,
esigastros, los alrededores del ombligo
siendo así la percepción de los movimientos respirato
rios del abdomen.

Por la inspección notaremos también los
intestinales que pudieran tener lugar, y las lesiones a
compañantes de la perforación (Herida de bala, de
arkua blanca, contusión etc) cuando la causa de
otra fuere un traumatismo originado
de fuego, blanca, etc. -
La palpación del abdomen denuncia la hipeas

tensión cutánea y la defensa muscular; no aumenta el
 dolor como Beck y no puede ilustrarnos
 acerca del estado de las vísceras ^{inales}
 más o la contractura o la distensión de las paredes lo
 . Puede si decimos si hay zonas de máxima
 e hipertensión, por más que la defensa siem-
 pre es mayor a nivel de los músculos rectos. —

La auscultación del abdomen podrá ser directa
 y a veces apreciará el timbre o resonancia an-
 orfica de los ruidos (*Eichendorfer*) respiratorios, los ruidos
 los movimientos intestinales originados en su
 con los gases en ellos contenidos, el roce o
 ticular de los gases al salir por la perforación, los
 ocos de adherencias y peritonitis que pudieran existir
 , etc. — Esta esta exploración es de suma
 más importancia resulta la ^{ión} —

Merced a esta, podemos comprobar la
 los — los declives (pocas veces denunciables) y la
 que en el sitio correspondiente a la per-
 rion (de dudosa existencia): la desaparición de
 macicera hepática (signo de la vida segura) y
 la intensidad de la timpánica externa: con-
 , no siempre se presenta esta última, por es-
 carecer de gases peritoneales, y debe considerarse a la
 de los movimientos respiratorios en la pared ab-
 como muy superior a la ruidosidad pro-
 upática. —

Los ruidos de barruqueo, la onda líquida, cuando
 macicera en las partes declives es mucha, y otros sin
 comunes a la presencia de líquidos o gases en el pe-
 tiene aquí poco valor. — Segun Nottnagel
 el olor del aliento y boca del paciente es dulces

aromático, pero no lo he observado, ni he puesto
gran interés en ello. —

Por lo que respecta a otros aparatos y órganos de la e-
conomía hace relación puede observarse la
indican y presencia del hidrógeno sulfurado en
orina; en las peritonitis por perforaciones bajas y
localización o intensidad mayor infrumbilical
retención de orina y no ha dejado de observarse la
anuria, siquiera sea pasajera. —

La iitericia existe en algunos casos, y
siendo ya sintomática de la enfermedad (cáncer o
pólipo Váter etc) que causó la perforación. —

No es una rareza que se desarrolle una pleuritis
o broncopneumonia cuya patogenia ha sido muy dis-
cutida; yo creo que tanto una como otra no se for-
man con mucha frecuencia porque no hay tiempo para

ello, porque antes muere el enfermo, pero en los casos en que la supervivencia es considerable (Observacion 6^a) ya se ve que dichas concurrencias morbosas no son cosa extraña ni mucho menos.

La respiración, sin necesidad de pleuritis, ni bronco-pneumonías, se encuentra muy alterada en los perforados: la disnea, de tensión ó de presión, y á veces por intoxicación, por sepsia generalizada puede alcanzar á tan alto grado que el número de movimientos respiratorios iguale á los que en pneumonías y bronco-pneumonías se notan frecuentemente. La respiración no solo es frecuente sino que es difícil, irregular, á veces del tipo Cheyne - Stokes, lo que prueba que los obstáculos á la respiración no residen siempre de fora nasal ó alveolo, no son intoxicaciones sangüneas, no son intratorácicos, sino que en el abdomen

puede ocurrir y se observan trastornos que de modo mecánico o biológico (dolor, etc.) pueden influir fatalmente en la función pubiana. —

La circulación se halla no menos comprometida: a la ~~com~~oción de los primeros momentos, sucede cambio en el ritmo y demás caracteres del latido cardíaco; este se hace más frecuente, y progresa son más débiles las contracciones: el ritmo llega a tal grado de tal modo que sustituido de la taquicardia por presistoles las aritmias de los períodos avanzados; baja la tensión arterial y en suma el gran simpático adquiere más y más dominio, más participación en el gobierno cardíaco al par que el pneumogástrico va desapareciendo de la esfera activa: el pneumogástrico conduce a los centros todas las malas noticias de lo que en el abdomen ocurre, y al par suprime su

influencia en las contracciones cardiacas.—

Al par que crece el número de respiraciones to haca el de latidos, pero no siguen la proporción normal de 1:4, sino que con aumentar el de inspiraciones, todavía aumenta proporcionalmente más y más el número de contracciones del cor. Esta desarmonia, y todas las que como ella pueden anotarse en el examen de un peritonitis son de mas significación que todos los números sintomáticos que pueden observarse.—

Tal ocurre con la relación de la temperatura y pulso: la regla en las peritonitis por perforación es la hipotermia: es por excepcional la hipertermia. Resulta explicable el descanso temprano: un perforado sufre un shock en grado mayor o menor y la infección peritoneal así le sorprende: nada de particular tiene que un organismo

funcionando á tan baja tensión respondiendo con bajas temperaturas. - Cuando los efectos del insulto traumático primero, desaparecen del todo, el individuo se ve bajo el peso de una nueva carga, de la peritonitis con sus resultados letales, de la intoxicación de la sangre por los productos vertidos en el peritoneo y en parte absorbidos por este. - La temperatura baja, con un aumento de movimientos respiratorios y que todavía mayor en el de latidos cardiacos es la normalidad de la anormalidad en que el organismo se encuentra. -

A todo esto el sistema nervioso del paciente agotado por la producción de la perforación y por las suces anteriores á ella, avarias, traumatismo, enfermedades causales) y sobreviene el shock. - Repuesto de este el organismo es envenenado por la infección y nueva cuenta aumentado poco á poco, el sistema nervioso

central, ~~sustituido~~ por el gran simpático. Especial la
inteligencia se conserva íntegra hasta el último mo-
mento, y en ocasiones casos de shock¹ (marcha erística)
parece como que se han arivado todas las funciones
encefálicas! Yac. ~~anormal~~ es esta excitación, como
aquél apagamiento: sombrio es en efecto el cuadro total,
por la supura del accidente primero, ~~y y~~ de la infección
posterior a él.

1 En cuanto al estado general del sujeto, sería inútil
agregar una descripción más á las muchas y muy
brillantes que en los autores antiguos y modernos se en-
contran: la expresión angustiosa del semblante (cara
hipocrática), la piel cubierta de sudor frío y viscoso, la
agitación del enfermo, la carpalgia observada en los
últimos períodos, todo en fin resulta superfluo des-
de ahora.

Como impresión sintética que del examen de un enfermo con *proliferación* de perforación se deduce, puede que el conjunto revela muchas veces, aunque no siempre lo que de los detalles puede inducirse, son más pero que las apariciones exteriores son muy sugestivas, que hemos de ser muy cautos ante la exposición de un juicio clínico.

Este es lo que ahora corresponde exponer: en un estudio meramente teórico cabe el orden establecido estudiar el diagnóstico o confirmación de la sintomatología y luego el pronóstico y tratamiento. Pero en una exposición en que se simultanea lo teórico con los prácticos y en que ha de procurarse la obtención del mayor número de estructuras que nos sea dado, y mucho más en un síndrome, ~~no~~ en una enfermedad, es mejor, es lo que debe hacerse, la exposición de juicios clínicos, no los rutinarios esquematizaciones

del diagnóstico y pronóstico. —

Las peritonitis por perforación no son como las peritonitis comunes, ni todas aquellas son iguales entre sí: no hay una enfermedad que sea así, que responda a especificidad etiológica y clínica. — Hay supuros con peritonitis por perforación y cada uno es en modo, según multitud de circunstancias que varían para cada uno de ellos y que no es dable clasificar completamente. —

Factores casi constantes en las peritonitis son los signos y síntomas: varía mucho la causa y con ella los problemas que el médico ha de resolver, el juicio clínico que se establezca, las indicaciones que por consecuencia han de surgir. —

En los estados patológicos del peritoneo en particular de la cavidad abdominal en general, antes se llega a pronosticar que al diagnóstico. — En la oca

presente: inquiremos todo aquello que pueda ser
visus de base para concluir afirmando el estado del en-
fermo, las probabilidades de curación o de muerte propias
de cada caso general. -

La causa y ocasión en que la lesión perforante del
aparato digestivo tiene lugar ya influye, es decisiva en
el concepto pronóstico que formulamos. -

No cabe duda que una úlcera tífóidea o tuberculosa
que se perfora significan un peligro grande por
perforación y mayor todavía por el estado en que el
paciente llegará a la intervención quirúrgica. - Igua-
lmente una sutura gástrica o intestinal que cede y
ranga los tejidos que une, exige una laparotomía
o laparotomizado, es decir dos grandes intervencio-
nes casi simultáneas. - Una neoplasia maligna
que por corrosión ha destruido las paredes en este punto

del tubo digestivo, coloca en apurado trance al enfermo y operador pues aquel con su neoplasia perforada tiene dos motivos para morir para morir y casi ninguna probabilidad de vida: y el cirujano ha de cerrar una perforación rodeada de tejidos neoplásicos, infiltrados, que se ulcerarán por sí solos, pues se sabe que en tales circunstancias no es extirpable el tumor que haya determinado la perforación. —

A más de la causa influye mucho en la muerte ulterior del enfermo, el órgano, el sitio de la perforación: tengo por seguro que una perforación de estómago mata antes que una de duodeno, y las de este antes que otras de y colon o recto: se observa una gravedad decreciente en las perforaciones, según se camina del estómago al recto. ¿Parece que debiera ocurrir lo contrario y no es así: natural y lógico sería, que habiendo en el intestino

que una mayor variedad y número de bacterias, las peritonitis fueran más frecuentes y mortíferas, y sin embargo no ocurre así: se pretende que es debido a que el contenido intestinal es cada vez más concreto, más sólido y sin se camina hacia el recto, y por razón de su estado físico pasa más difícilmente al peritoneo.

Sea de ello lo que quiera, es el caso que en igualdad de circunstancias matan más pronto las roturas gástricas que las intestinales: es más tolerado por el peritoneo el bolo fecal que el alimenticio. Parece que los alimentos van contaminados y que el contacto con los jugos digestivos les esteriliza, les hace no solamente más adecuados para la asimilación, sino también menos peligrosos para el individuo. Las heces fecales, pro del propio individuo son menos nocivas para él. Las defensas naturales están mejor establecidas, o al menos

-irán mejor su cometido en caso de tener que formar una fistula estercoral que no una fistula gástrica. -

Y si y todo juzguese de la gravedad de este síndrome en ambos autores que se ocupan con especialidad de afecciones del intestino grueso dicen que las perforaciones recto son de terminación fatal constante (si no son operadas) y pueden matar en menos de 24 horas. -

Las perforaciones del aparato digestivo matan rápidamente; en pocas horas á veces, en minutos, en casos excepcionales, en pocas días si el organismo se defiende. ¿Curan algunas? Las peritonitis locales sí; frecuentemente; en cambio las generales, las difusas no es fácil ni mucho menos que lo hagan. -

Estamos en presencia de un accidente gravísimo, no en muchas ocasiones, que únicamente es menos grave -do por adherencias, por no haber sorprendido la persona

ción al peritoneo, el proceso se circunscribe se localiza. El cáncer y la tuberculosis son problemas que interesan al médico en cuanto debe procurar evitarlos en sus primeros periodos, antes ~~antes~~ de que las lesiones se profunden; pues igual ocurre con las peritonitis por perforación; es necesario atacar sus destrucciones en los primeros estadios de la enfermedad: de lo contrario el individuo muere irremisiblemente. Solo hay una diferencia entre uno y otro proceso el cáncer y la tuberculosis pueden durar años y el período de acción curativa posible es de días o meses: la peritonitis por perforación dura días y el período para curarla es de minutos u horas.

Véngase presente que una perforación en individuo sano le mata: y si lo que se perfora es una úlcera tífica, tuberculosa o neoplásica, le remata. No se debe que las más graves perforaciones son las del estómago,

6 las menos las del recto, y que éstas pueden matarse en menos de 24 horas. —

Sépare que los perforados mueren de shock (poras oves y de septicemia peritoneal (las más), pero pueden fallecer á consecuencia de hemorragias si la perforación reside en zona vascular. — Es como se puede observar, un triple modo de morir análogo al que ocurre en la rotura de la tripa de Fátima en caso de gestación en la misma. —

La muerte en este caso, apenas si hace otros distinguos que los exhumados según varía la causa ó el órgano afecto: niños y viejos, hombres y mujeres, trabajadores y hombres de día, todos resultan en horrible igualdad ante lesión mortífera. — Ni en el enfermo, ni en los agentes exteriores hay nada ó muy poco que altere el pronóstico: la perforación no produce peritonitis ó si la engendra, y en su positivo la sepsia peritoneal es difusa ó circunscrita. — Si circun-

las menos las del recto, y que éstas pueden matar en menos de 24 horas. —

Sépare que los perforados mueren de shock (pocas veces) y de septicemia peritoneal (las más), pero pueden fallecer á consecuencia de hemorragias si la perforación reside en zona vascular. — Es como se puede observar, un triple modo de morir análogo al que ocurre en la rotura de la pa de Fátima en caso de gestación en la misma. —

La muerte en este caso, apenas si hace otros distinguos que los exámenes según varía la causa ó el órgano afecto: niños y viejos, hombres y mujeres, trabajadores y hombres de es-
 lid, todos resultan en horrible igualdad ante lesión mortífera. — Ni en el enfermo, ni en los agentes exteriores hay nada ó muy poco que altere el pronóstico. La perforación no produce peritonitis si la engendra; y en su positivo la peritonitis es difusa ó circunscrita. — Si circun-

del abdomen, si el pulso está por cima de 120 y la temperatura por bajo de 37° el diagnóstico se impone. — Pero hay casos sin dolor y sin vómitos sin sonoridad prehepática sin matidez en las partes inferiores. —

Pues para esos casos conviene el examen detenido de uno de los síntomas: la náusea y el hipo han de tener el mismo valor que el vómito; la defensa muscular é hiperestesia cutánea, igualan al dolor, la falta de los movimientos respiratorios abdominales, ó su debilitación sustituir á la sonoridad prehepática. — El ~~valor~~ ^{grado} de estos síntomas el pulso, respiración, y temperatura, por un tripo de alta transcendencia. — Los síntomas de Beck, Ishudnawsky y Nathnagel deben ^{recogerse} ~~recogerse~~ para averiguar su grado de esteror y concederles la categoría que merezcan. —

Y una vez que nos hayamos examinado, una vez que

se haya pensado en una peritonitis, no es necesario
demostrar. Investigando más detenidamente los ante-
cedentes, puede encontrarse en ellos o en el relato del
acto de la indisposición algo que nos haga diagnosticar
la perforación. - Ya en camino firme procuraremos
inquirir al fin que la causa el sitio en que la lesión
ha tenido lugar: señalando este como el probable y nunca,
casi nunca como seguro no cabe hacer más en tal sentido,
sino inhibirse del formular drogas y remedios caseros y reco-
menstar la operación con exposición del estado del

Como ocurre siempre, y en toda enfermedad, hay casos
afortunados, de historia tan clara que permite el estable-
cimiento de diagnóstico no solamente específico sino
dividual, es decir de diagnóstico de lesión, de síndrome
incluso de cual ha sido la causa y en que lugar se
halla la lesión. El diagnóstico de la enfermedad puede

deducirse de los síntomas, pero el diagnóstico requiere casi siempre un fundamento en los antecedentes del sujeto o una claridad meridiana cual la ^{que} aparecen en casos de mecanismo u ocasión traumática. —

En ocasiones solo podrá diagnosticarse peritonitis; en sus sentos con eso nos podríamos dar por satisfechos si por se pudiera llegar a tal conclusión porque la peritonitis deben tratarse por laparotomía y al llevar esta a cabo veremos si había perforación o no. —

Pero es que muchas veces se cree en obstrucción intestinal en un ilco divánico: no debemos dejarnos engañar más veces y si alguna sintoma permite sospechar que es una peritonitis de lo que se trata, una laparotomía nos sacará de dudas: sobre todo después de laparatomías en cuyo curso hay síntomas alarmantes, no retrocedamos la idea de abrir un vientre. —

Lo expuesto hasta ahora debe ser considerado por nosotros como el error tolerable y posible en el estado actual de la ciencia. La estrangulación interna o en hernia visible, el infarto, la trombosis, y la embolia de los vasos mesentéricos, es decir aquellas afecciones que empiezan por obstrucción intestinal y acaban por gangrena y perforación deben tratarse como perforaciones en principio.

Debe ser tanto como norma de conducta en casos diagnósticos dudosos, la laparotomía o ultratoma, sin vacilaciones, pues las afecciones ^{con} que científicamente pueden confundirse la peritonitis por perforación y en que el error es tolerable son: la peritonitis sin perforación, el ileo dinámico y el mecánico en todas sus variedades, la trombosis, embolia o infarto de los vasos mesentéricos, y en todas estas enfermedades o por mejor decir en

todas estas lesiones la laparotomía beneficiosa y requerida en casi todas las ocasiones. — Si muchos enfermos mueren es por dudas diagnósticas entre obstrucción de una u otra forma ó entre peritonitis simple y perforativa y la duda no puede ser permitida sino en el terreno teórico, pero en el terreno práctico en la duda de dos afecciones que reclaman la intervención quirúrgica, hágase ésta y en ella se verá que hay de cierto y que es lo falso si se puede, ^o hay lugar y tiempo para ello.

Los cólicos de todo género (hepáticos, nefríticos, piéngicos etc) se acompañan de dolor y vómitos, de angustia y de un cuadro general muy propio á confusión con el dolor, vómitos y estado general que acompañan á las perforaciones del aparato digestivo.

Aquí, los antecedentes, los cólicos anteriores, la tación de los síntomas (dolor, defensa muscular, hiperes

teria) la ^{irra} ~~asociación~~ de los dolores, la ictericia intensa, la alteración en la ~~cantidad~~ y calidad de orina o la exploración del aparato genital interno ~~este~~ nos darán muchas veces la clave, la solución del problema diagnóstico.

Además, la falta de sonoridad prehepática, de las alteraciones en los movimientos de las paredes abdominales, en la respiración, de la discordancia de pulso, ~~ref~~ ^{ción} temperatura etc, certificarán una ~~otra~~ ^{otra} afección.

Y con facilidad mayor se distinguen los apéctos se caractericen por ~~crisis~~ ^{crisis} dolorosas o vómitos repetidos por meteorismos etc.

Se ha recomendado insuflar aire, H. idrógeno, por el recto durante las intervenciones con sospecha de perforación en heridas penetrantes con probable lesión intestinal: el gas insuflado soldaría por la

4
perforación y percibido de ello el cirujano perseguir
a esta y entonces la oclusión de ella sería el término
de la laparotomía; en el caso de sospechar penetra
del intestino por el instrumento vulnerante, el gas sal
dría por los labios de la herida cutánea y el diagnó-
stico cutáneo impediría la norma de conducta en nu-
estros actos.

No me parece fácil ni razonable este proceder
pues las roturas de intestino grueso son muy raras
y no necesitan del empleo del tal inflamación y
en las del intestino delgado el resultado final (sal-
del gas por la perforación), no es seguro ni fácil de ob-
tener.

En dos casos que conozco la perforación tuvo lugar
durante el parto y a bordo respectivamente: los dolores
de la perforación se confundían con los del

es de desear que nos fijemos en estos casos de dolores múltiples para no confundirlos de modo tan lamentable y felicitar á un marido porque va á ser padre e tanto es casi seguro que va á quedarse viudo.

Las indicaciones que del estudio de un enfermo diagnosticado de peritonitis por perforación surgen son urgentes; hay que operar; hay que operar pronto. Operar bien.

Hay que operar las perforaciones: lo dicen las estadísticas. De 27 heridos con perforación del recto, murieron 26. De 6 que fueron laparotomizados murieron 2. Hay que operar pronto; según Gangolfste en las perforaciones que se operan más allá de las 24 horas de su existencia el fracaso es la regla común. Esto es lo que ocurre en generalidad de los casos y por ello por operar tarde, por operar después del primer día las estadísticas nos

ofrecen tan desconsolador aspecto. —

Estos gieneros son las observaciones Loazeyre, Gambini y Pusini, Housaint. Por el contrario cuando se ha intervenido inmediatamente de producida la perforación o poco después, pero siempre antes de las 12 horas los exisitos han menudado. (Observaciones de Nocher, Lotticissen, etc.)

Gairiel en 1905 decía que el 87 por 100 de los perforados habían muerto y solo el 13 por 100 habían salvado por la operación en el Habitat de Glasgow, tratándose únicamente de las úlceras tíficas y los americanos dicen que solo murieron en sus hospitales el 60 por 100, pero refuta de una serie de casos felicisimos según el citado Gairiel y todo lo más ~~puede~~ puede bajarse a 15 u 10 por 100 el número de la consecuencia de la peritonitis por perforación en la fiebre tifoidea. —

²³²
C. V. Körk posee 19 casos personales y los resultados

por el obtenidos con los siguientes: en la primera serie, de 10 casos murieron 9. - En una segunda serie de 19 casos murieron 6 y curaron 13. en 18 casos encontró la perforación y en 8 no (los dos murieron). - ~~Seis~~ ^{Seis} de sus enfermos fueron operados antes de la 9.^a hora y curaron todos: tres operados después de 30 horas de la perforación, murieron: de 10 operados de las 9 a las 30 horas curaron 6 y murieron 4. - Korte ha dejado de operar algunos enfermos, por creer que era ya tarde para intervenir. -

Antes de estas y cifras tan demostrativas, ante resultados tan evidentes, la intervención urgente, urgentísima se impone: pero sin aceleramiento, sin atropellos que pudieran ser fatales para el que va a ser operado. Hay muchas laparotomías son autopsias en vivo, por llegar demasiado tarde; hay que procurar que se opere a todos perforados, pero que se les opere a tiempo.

Hay que operar bien. - La que la perforación y la
peritonitis que es ^{su} consecuencia, mata a muchos enfermos.
hay que procurar que la intervención no remate; hay
que velar por que el remedio no sea tan malo o peor
que la enfermedad misma. - Se hará una incisión
tan grande como sea necesaria; se buscará la perfora-
ción con los ojos primero, y únicamente en último re-
curso con los dedos agudados de los dedos, si bien con mucha
cuidado. - Se llevará el rigor quirúrgico hasta donde
pueda ser útil y posible, costando por lo sano, pero
que el enfermo sufra de la perforación y muerte de la
operación o para que no se dé el caso de que viva de la
operación y muera de otra perforación. -

¿Se lavará el peritoneo? Mepla verdadero miedo
contestar a esta pregunta que me hago a mí mismo.
Hoy que está de moda; la inundación peritoneal.

con suero fisiológico, hoy que es admitida por todos y
practicada por muchos tal vez me abra un ojo en grave
apuro al tener que contestar rotundamente que no.
El lavado peritoneal no es necesario hacerlo si
deja un buen desagüe: el poder de exudación peri-
toneal es grande y es la acción más exquisita: fuera
infructuosa grande querer emendar la pel
a quien no lo necesita. El peritoneo requiere un
sangre para sus exudados, pero nada más. Es una
superficie cruenta que para nada necesita del lava:
es demasiado grosero el contacto de un líquido en can-
tidad medible por centenas de c. c. — Si alguna
vez tuviera yo que verme obligado a curar las asas
intestinales que en su contacto con el aire hubiesen pe-
dido su turgencia por evaporación de líquidos, lo
haría con un pulverizador aséptico en el que

vertería su uso fisiológico: y en esta forma de
sin loción, en la forma de finísimas gotas que se deposi-
taren en la superficie intestinal ó gástrica, pulveri-
do, no con chorro, es como únicamente admito yo, no
el lavado, sino la restitución de las vísceras á su gra-
do de turgencia, de humedad normal.

El lavado peritoneal es á veces acompañado y segui-
do de una verdadera malaxación del intestino, de una
serie de frates y contusiones para todas las vísceras ab-
dominales, que atorra.

En este punto y creyendo que la loción debe de-
secharse, nombro finalmente más con orgullo y satisfac-
ción á D. Alejandro San Martín querido maestro
mío, á quien no he visto lavar ningún peritoneo
y de quien yo he aprendido la mayor parte de cu-
lquier del mundo en cuenta hay en este deslazarado

trabajo. —

Creo que el lavado peritoneal no es bueno porque el líquido que se emplea difunde la infección por el peritoneo primero, y siendo absorbido á continuación, ingresan con aquel en la circulación los que el organismo exuda, y de esta manera, á una infección peritoneal difusa sucede una total que llega á zonas de la gran vena hasta entonces sanas. —
No para aquí la acción malifica del lavado, sino que al absorberse el líquido remanente, arrastra y hace que se absorban productos tóxicos ya exudados de antemano por el organismo, y generaliza de ese modo y nuevamente la intoxicación por el inter del aparato circulatorio después de haberla extendido á todo el peritoneo. —

Resulta de ello, que los beneficios efectos de un

desagüe establecido con la intervención, son contrarrestados por la absorción habida del líquido del lavado con los tóxicos por él y en él diluidos.

En cambio, mucho más natural y de mejores es la inyección intravenosa o hipodérmica de suero artificial en grandes cantidades, y añadiendo a cada 500 c.c. una cantidad de una pal de cafeína y disolución, si por el estado del corazón es requerida tal acción.

El suero inyectado de este modo forma el torrente circulatorio y de este al peritoneo, lavando como se debe, de dentro a fuera, de vasos a peritoneo, y de este a las asas o tubos (mejor agujas) que desaguan después renovadas con frecuencia. — Ese es el lavado que hay que hacer: eso es lo que aquí me parece útil y lo que espero que se hará de aquí en adelante. —

Y una vez que todos estemos conformes en que hay que operar pronto y bien y á los perforados con peritonitis, ¿cómo debemos operar?

Con anestesia general ó sin ella segun el estado del paciente: en caso de anestesia general con éter, ó con las mezclas de cloroformo y éter ^{anestésicos} ó con los otros usados por autores. — Si es conveniente una narcosis indolente, se usará de la anestesia local con estovaina, cocaína, etc.

La incisión se hará en la línea media supra ó infra-umbilical segun se respete la perforación estómago y colon transversal, ó en intestinos delgados: en caso de duda no hay inconveniente en incindir de apéndice xifoides á pubis. — Si la perforación fue yacente en colon ascendente ó descendente ó en S iliaca ó recto, incisión lateral longitudinal sobre

el lado correspondiente, los demás detalles de la intervención se han ido exponiendo en diversas preguntas hechas anteriormente. Aquí nos conviene insistir que debemos operar una perforación previniendo una nueva e idéntica contingencia, cosa que en algunos casos (Hörte) ha sobrevenido. En los puntos o trozos de vísceras que sospechemos ó veamos una inminencia de perforación como puede pasar en el curso de la tifóidea, estrangulación herniaria, trombois ó infarto de vasos mesentéricos, tratémosla antes de que ocurra y comprometamos de nuevo la vida del operado.

No solo hay que tratar el sitio de la perforación sino en ocasiones el mesenterio pues la infección ha comunicado por el quilífero y linfáticos á los ganglios mesentéricos y en observaciones de Courssaint, seguidas de autopsia los ganglios mesentéricos correspondientes al sitio de la

perforación eran anento de abscesos voluminosos; si se perforan estas colecciones purulentas la muerte sobreviene por nueva infección peritoneal grave por sí y por el sitio profundo de su origen, muy difícil de encontrar y ser drenado.

Así pues no obramos de ligero y en breve examen procuramos adquirir el convencimiento de que los glóbulos mesentericos no han participado de la infección. Y antes de terminar, procuramos instalar un desagüe franco, fácil y seguro: no es mala idea en mi entender la de hacer desagües múltiples, en la herida operatoria, y otro en el fondo de saco ~~recto~~-rectal, iútero-rectal o en la región lumbar.

Después de la operación se necesita mucho suero inyectarlo con cafeína en el tejido celular subcutáneo o en las venas; mucho esmero y relativa pre

en las curas, abrigo constante del operado y exquisita por si la sutura aplicada no puede, y al establecerse una nueva perforación, hay que intervenir otra vez. —

Si la perforación no fué habida, con mayor motivo se dejara un desagüe amplio, y en todo caso se inspeccionará en las repetidas curas que hagamos, sitio de procedencia de los líquidos ó pasilla digerida y por bligeris que hallamos en el peritoneo; Las curas que en tales casos se practican es frecuente ver gases ó líquidos que aparecen en el fondo de la cavidad, y siguiendo con atención tal fenómeno puede averiguarse con exactitud el lugar de la perforación. Repetiremos una vez más que es necesario aplicar á todos los peritonitis como se opera á casi todos los aspectos de derrames pleuríticos, de artritis purulentas, etc.

cuando todos estan convencidos de ello, cuando todos
den á los cirujanos y á tiempo á los perforados, entonces las
estadísticas no serán tan unánimes en afirmar la
mortalidad excesiva debida á las perforaciones. —

Hay que tratar las peritonitis por perforación como
lo son las purulencias de los demás lugares del organismo,
como lo es un flemón, como un absceso, como un
absceso retro-faríngeo. —

Pero no solamente hay que operarles, sino que hay
que hacerlo á su debido tiempo y este para si el en-
fermo ve salir el sol dos veces con su perforación
oculta. —

Diganto todos y apremiádo quien quiera.

Que ningún perforado con peritonitis defera
muera sin operar. —

Que ningún operado quede con su perforación

Que ninguna sutura fracase por no haber cortado
por los lados.

Que el desagüe sea proscrito y el lavado per
proscrito para siempre. —

Conclusiones

1.^a El peritoneo resiste a la infección en grado igual al de las demás serosas y casi igual al de los demás órganos de economía. —

2.^a Las peritonitis son más frecuentes que las infecciones de las ~~sustancias~~ serosas, por la vecindad del tubo digestivo; siempre ^{habitado} por bacterias y por el gran número de la paratuberculosis que hay y practican. —

3.^a Las peritonitis son graves o mortales por la gran extensión y difícil desagüe del peritoneo; por la persistencia de la causa y el tratamiento respectante o mal dirigido a que se someten. —

4.^a El contacto del aire y gases el peritoneo y las vísceras abdominales sufren un traumatismo grave contra el que protestan según se deduce del estado

general, en que quedan los que sufren tal accidente.

5.^a Existe gases o líquidos en la cavidad peritoneal, su presión positiva sobre el diafragma o su excesiva tensión, impiden que las paredes del abdomen intervengan, en la respiración y se muevan á compás, en los movimientos respiratorios.

6.^a Existe un modo de muerte especial y característico en las enfermedades del aparato digestivo, muerte que debe constituirse al lado de la muerte por lesiones del corazón, riñón, etc.

7.^a Las perforaciones no ocurren indistintamente en cualquier punto del estómago o intestinos, tienen sus zonas o territorios de elección perfectamente conocidos.

8.^a Las lesiones por venas y por diátrofina crean amplias vías de emigración de las bacterias al peritoneo.

pero además hay perforaciones por diáfragma con peritonitis consecutiva.

9^a En las intervenciones laparotómicas sobre el aparato digestivo, es más importante la sutura que la asepsia.

10^a Las perforaciones gastro intestinales producen peritonitis ~~circunscrita~~ en un tanto por ciento muy elevado de casos, en más de 75/100. -

11^a La debilitación muy grande o la ~~ausencia~~ de movimientos respiratorios en las paredes del vientre, es signo que debe buscarse y al cual conviene examinar, en el diagnóstico previo de las perforaciones. -

12^a El pronóstico de las peritonitis por perforación es grave en las circunstancias; gravísimo siempre y mortal muchas veces en las defensas. Varía muy poco por las causas exteriores y personales; es más variable en cuanto se relaciona con el momento de la operación. -

13.^a Nuestras ^{miras} deben ser modestas en punto a diagnóstico y debemos conformarnos con llegar al de peritonitis siempre y al de perforación siempre que se pueda, pues la intervención en uno y otro caso será curativa y completará el diagnóstico.

14.^a El sitio de la perforación puede indicarse cuando en los antecedentes del sujeto hay datos no de úlcera gástrica, tifoidea, etc. si los en absoluto ya nos contentaríamos con acertar si la perforación es alta o baja.

15.^a Hay que operar a los perforados. Hay que operarlos pronto. Que ningún perforado vea salir del pecho el sol con su perforación oculta. Hay que operar bien.

16.^a Que ningún operado quede con su perforación. Que ninguna sutura pase por no haber

cortado por lo sano.

Que el deragiu sea prescrito y el
taneal proscribo para siempre.

Madrid 30 de Abril 1807

Índice

164

Yermínada esta memoria he observado en la clínica quirúrgica del Sr. San Martín, un caso, en extremo curioso, de perforaciones intestinales múltiples, en una operada de castración y salpingectomía bilateral, por supuración pútrida.

Se trataba de una mujer que padecía una lútilis, cuyo exudado se abrieron paso hacia el exterior, por el recto y el pliegue inguinal del lado

En esta situación y en un estado verdaderamente lastimoso ingresó en la clínica mencionada.

Como la purulencia se mantenía invariable y como transcurrieran hasta seis meses desde el curso de la afección sin que se hiciera notar mejoría alguna, decidióse operar a la paciente.

Con anestesia por el éter y previa laparotomía in-

framedilical, se extirpación los anejos de ambos lados, que se hallaron esclerosados y constituyendo masas informes e irregulares.

Se extirpó el trayecto fistuloso que conducía a la piel de la ingle, y se reunió con sutura la perforación rectal. No fue posible peritonizar el saco pilórico, la cara anterior del recto en regular extensión. — Se terminó la intervención, instalado un drenaje a los Mikulicz.

Operación bien operada. Pero en estreñimiento pertinaz, con el meteorismo subsiguiente era causa de grandes molestias para la enferma.

Al tercer día y al quitar los tapones del saco de Mikulicz se percibió en el fondo de la cavidad cruenta, lig. de aspecto fecaloide, procedente de un asa intestinal con una perforación puntiforme. —

Seguía el estreñimiento y aumentaba el meteorismo. Nuevamente fué llevada la enferma a la sala de ope-

racious y allí le fué levantada completamente la cura
primera. — Se suturaron la perforación vista y dos ó tres
más que habían aparecido después. —

Por los orificios intestinales asomaba el contenido de
las asas respectivas, cual si estuvieran sometido á una gran
presión. El intestino grueso estaba permeable. —

En los siguientes fueron apareciendo nuevas perforaci-
ones, y continuó el estreñimiento, aumentando el me-
lancólico y empeorando la paciente, hasta que á los ve-
días de la operación murió, con una parálisis in-
completa y siendo el paquete intestinal asiento de un
semillero de perforaciones que le transformaban en
criba por lo que se filtraba materia fecaloides. —

He aquí que consecuencias pueden sacarse de la
historia transcrita. —

Por de pronto hay un hecho fundamental. —

fue posible peritonizar el suelo de la pelvis, en la cara anterior del intestino recto.

En el curso post-operatorio hay un accidente destaca con gran relieve. - La parálisis intestinal con estreñimiento absoluto.

Y en cada cura llevada a cabo hay una decepción. Hay una, matiana obra, van alfriendose las asas intestinales que aparecian en la herida.

A cualquiera le ocurre preguntarse, si no existiera relación de causa a efecto entre los hechos de que acabo de hacer mención.

En toda laparotomia se manosean y continúan los intestinos, en algunos se hieren, cortan y suturan pocas veces son despojados de su cubierta sin que sea posible peritonizar lo descubiertos.

Usando de un simil grosero podemos decir que

bien en miembro ó cualquiera otra parte de nuestro cuerpo es en ocasiones contusa, herida, tal vez despojada de su cutis cutánea. - La razón es en que tales accidentes ocurren con una importancia funcional relativa y siempre proporcional á la importancia de la lesión sufrida: queda parética en menor ó menor grado, y si la lesión es grave ó grande, involucra de todo movimiento. -

Pues muy bien puede creerse que cosa análoga en el intestino y que las parésias y parálisis intestinales post-laparótomicas, responden al tanto de lesión sufrida por el paquete intestinal. -

En el caso que encabeza estas líneas quedó sin túbulo protector gran parte del intestino recto y el pelviano, he ahí la causa de la parálisis sufrida por este tramo del tubo digestivo. -

Por otra parte, se operaba en un campo infecto, con

169
una infección de mala fe seis meses de fecha, y muy arra-
igada en aquel paraje. Es decir, que el campo operatorio
estaba contaminado y que la contaminación tuvo lu-
gar también en los gases oldgados que emanaban en la
parte alta de la herida ventral.

La infección que en la superficie tuvo lugar,
pusió la pared del intestino delgado y nublada
a la parálisis del recto y colon sigmoideos, el
intestinal fue aumentando, rellamando y distendi-
do el paquete intestinal.

Acumulado el material fecaloide, distendiéndose
paralizado el intestino y perturbada la nutrición de
las paredes intestinales por las alteraciones circulatorias
coexistentes con la infección y la parálisis, ocurrió
forzosamente había de sobrevenir.

La distensión y coprostasis por un lado, la

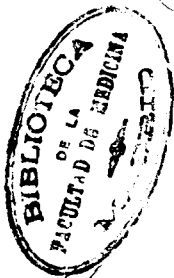
de las paredes intestinales por otro y la parálisis del 190
tubo grueso en parte o en totalidad, fueron concurrencias que
determinaron el estallido, la rotura de la pared en
en puntos diversos, verdaderos anejos artificiales creados
espontáneamente.

Creemos que la distensión intestinal tuvo mucha
parte en la génesis de las perforaciones, que el decú
esternal no fué ageno en absoluto á las mismas.

Quizá no fuera todo mecánico, y tanto el conteni
do, como la atmósfera periantestinal obraran quími
camente.

¿quién sabe si tal número de perforaciones ob
deció ser la alteración trófica intestinal consecutiva á
parálisis de nervios periféricos, es decir de los miembros.
¿Serían estas perforaciones por lesión trófica
intestinal?

De todo modo y como resumen prodeemos ¹⁹
que por el mal trato intestinal ocurre la parálisis
y que tras esta hay perforaciones cuya génesis es
mecánica, química, tófica o mictica.
Madrid 9 de junio de 1907.



Enrique Alvarez y Sainz de Aja

[Signature]

Admisible
H. Thomas Sainz de

Admisible
D. O. Cane

X

Verificó el ejercicio del grado de
Doctor y a la vez le dio el Sobrescrito
el habido el 24 de junio de 1897
Aguilón Juncos

A. Alonzo Lando.

Abel M. Maza

El Secretario
Boriqueros

José Robina